



**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**

Trabajo Académico

Asociación entre la kinesofobia, dolor y rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador de un hospital de la sanidad, Lima, 2023

**Para optar el Título de
Especialista en Terapia Manual Ortopédica**

Presentado por:

Autora: Reategui Pereira, Cherly Isabel


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0059-3956>

Asesor: Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud

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

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, Cherly Isabel REATEGUI PEREIRA, egresada 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 “ASOCIACION ENTRE LA KINESIOFOBIA, DOLOR Y RANGO ARTICULAR EN PACIENTES CON TENDINITIS DEL MANGUITO ROTADOR DE UN HOSPITAL DE LA SANIDAD, LIMA, 2023” Asesorado por el docente: Andy Freud Arrieta Cordova, DNI 10697600, ORCID 0000-0002-8822-3318 tiene un índice de similitud de (16) (DIECISEIS) % con código 14912:250768475 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
 Cherly Isabel Reategui Pereira
 DNI: 41587127

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



.....
 Firma
 Andy Freud Arrieta Cordova
 DNI: 10697600

Lima, 24 de Setiembre del 2024

 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.

INDICE

I. EL PROBLEMA	1
1.1. Determinación del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1 Problema general:.....	3
1.2.2 Problemas específicos.....	3
1.3 Objetivo de la Investigación.....	3
1.3.1. Objetivo general.....	3
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4 Justificación de la Investigación.....	4
1.4.1. Teórica.....	4
1.4.2. Metodológica.....	5
1.4.3. Práctica.....	5
1.5 Delimitaciones de la Investigación.....	5
1.5.1. Temporal.....	5
1.5.2. Espacial.....	6
1.5.3. Recursos.....	6
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1 Anatomía del Hombro.....	12
2.2.2. Rango articular de Hombro.....	12
2.2.3. Kinesofobia.....	16
2.2.3.1 Procesos de la Kinesofobia.....	17
2.2.3.2 Factores de la Kinesofobia.....	17
2.2.3.3 Medición de la Escala de Tampa.....	18
2.2.4 Dolor.....	18
2.2.4.1 Medición EVA.....	24
2.3. Formulación de hipótesis	24
2.3.1 Hipótesis general	24
2.3.2 Hipótesis específicas.....	24
3. METODOLOGÍA	
3.1. Método de la investigación.....	26

3.2. Enfoque de la investigación.....	26
3.3. Tipo de investigación.....	26
3.4. Diseño de la investigación.....	26
3.5. Población, muestra y muestreo.....	27
3.6. Variables y operacionalización	30
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32
3.7.1 Técnica.....	32
3.7.2 Descripción de instrumentos.....	32
3.7.3 Validación	35
3.7.4 Confiabilidad	35
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	36
3.9. Aspectos éticos.....	36
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	
4.1. Cronograma de actividades (se sugiere utilizar el diagrama de Gantt)	38
4.2. Presupuesto.....	39
5. REFERENCIAS	
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	49
Anexo 2: Instrumentos.....	51
Anexo 3: Consentimiento informado.....	55
Anexo 5: Carta de presentación.....	59
Anexo 6: Juicio de expertos.....	60
Anexo 7: Informe del asesor de Turnitin	

I: EL PROBLEMA

1.1.- Planteamiento del Problema

Las causas principales del dolor, son los trastornos musculoesqueléticos (ME), donde va aumentando en forma progresiva y que aumenta conforme a la edad, tanto en mujeres como en hombres; siendo el segundo lugar en ocupar por carga económica, después de las enfermedades cardiovasculares(1).

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo conceptualiza como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión".(2).

Un malestar a nivel de hombro se puede describir como un dolor localizado y con movimientos fasciculantes (3). Este tipo de diagnóstico es muy frecuente por lo tanto la población se afectará en un (25%) en alguna etapa de su vida.

Siendo su funcionalidad movimientos coordinados en su articulación, (esternoclavicular, acromioclavicular y glenohumeral); en la articulación escapulo torácica la intercomunicación de movimiento entre el arco superior del hombro y el manguito rotador. La movilidad de estas articulaciones se consigue mediante Conjunto de músculos(4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos indica las causas de mayor implicancia entre las consultas médicas es el dolor de hombro. La incidencia del dolor de hombro está en un margen de 6 a 11% en personas menos de 50 años, y aumenta del 16 a 25% en los ancianos e incapacidad al 20% de la población general(5).

Según el instituto nacional de seguridad y salud en el trabajo (INSHT), nos menciona que la sobrecarga de hombro puede relacionarse con trabajadores entre los 40 a 50 años de edad, inestabilidad articular en trabajadores con menos de 35 años o degeneración del

manguito con trabajadores con más de 55 años de edad. Y por último la mayor veces son asintomáticos siendo el 75% de los trabajadores de 50 años de edad (6).

Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo nos menciona que las alteraciones de origen laboral, que sufren las estructuras del cuerpo como la parte muscular, articular, tendón, ligamentoso, nervioso, circulatorio y óseo, son principalmente originadas por el trabajo y las consecuencias del medio en que éste se desarrolla (7).

En Colombia, según el ministerio de protección social, indica que los riesgo a nivel laboral se han relacionado con el movimiento repetitivo, posturas, fuerzas con la que se aplica, exposición a vibración constantes a nivel de hombro y elementos psicosociales(8).

En Ecuador, es del 20 al 30% la incidencia en lesiones dolorosas a nivel de hombro generalmente, en personas menores de 40 años. Con respecto a los adultos mayores asciende progresivamente dependiendo de la edad , generando una discapacidad del 20% (9).

En el Perú, un análisis de pacientes con dolor cervicobraquialgia en Chimbote, en el área de Terapia física, puntualizó que habría una asociación bastante importante entre el síndrome de hombro doloroso con la disquinesia escapular (10).

Por ultimo siendo en un hospital de la sanidad, encontramos una afluencia de pacientes con tendinitis del manguito rotador, la mayoría en fase crónica, que recibían fisioterapia intermitente y discontinua por la alta demanda de pacientes. Estos pacientes reciben fisioterapia convencional con buenos resultados pero lentos avances (en la mayoría de los casos) y mantenimiento a largo plazo de los servicios, lo que genera malestar en el

paciente, impaciencia e incapacidad profesional del terapeuta cuyo principal deseo es una pronta recuperación del tratamiento recibido. de pacientes.

Por ello, en este estudio se determinará la asociación entre la kinesiofobia, dolor y rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador de un hospital de la sanidad, Lima, 2023.

1.2.- Formulación del problema

1.2.1.- Problema General

¿Cuál es la asociación entre la kinesofobia, dolor y rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador de un hospital de la sanidad, lima, 2023?

1.2.2.- Problema Específicos

a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes con tendinitis del manguito rotador de un hospital de la sanidad, lima, 2023?

b) ¿Cuál es la asociación entre kinesofobia y dolor en pacientes con tendinitis del manguito rotador de un hospital de la sanidad, lima, 2023?

c) ¿Cuál es la asociación entre kinesofobia y rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador de un hospital de la sanidad, lima, 2023?

1.3.- Objetivos de la Investigación

1.3.1.- Objetivo General

Determinar la asociación entre la kinesofobia, dolor y rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador de un hospital de la sanidad, lima, 2023

1.3.2.- Objetivos Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas en pacientes con tendinitis del manguito rotador de un hospital de la sanidad, lima, 2023
2. Determinar la kinesofobia en la dimensión intensidad del dolor en pacientes con tendinitis del manguito rotador de un hospital de la sanidad, lima, 2023
3. Determinar la kinesofobia en la dimensión del rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador de un hospital de la sanidad, lima, 2023

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El uso excesivo del hombro puede estar asociado principalmente con hombres de entre 40 y 50 años, mientras que los pacientes menores de 35 años pueden desarrollar inestabilidad articular y los mayores de 50 años pueden desarrollar una degeneración del manguito con la edad. El 75 por ciento de las personas mayores de 50 años tienen lesiones del manguito rotador y la mayoría son asintomáticas. La incidencia del dolor de hombro es muy variable y está causada por enfermedades inflamatorias, metabólicas, degenerativas, traumáticas y neoplásicas de los tendones, músculos, huesos y nervios. (11)

Pero la kinesifobia provoca inmovilidad debido al movimiento. Es un trastorno mental que puede tener consecuencias físicas y funcionales. Se basa en creencias alteradas sobre el dolor y miedo al dolor, lo que conduce a la evitación de actividades físicas y sociales, profesionales, etc. Los pacientes describen la aparición o el empeoramiento del dolor. (12)

El presente trabajo se basará en información de variables de investigación que incluyen la asociación entre la kinesofobia, dolor y el área articular en pacientes con

tendinitis del manguito rotador en un hospital de la sanidad, Lima, Perú en el año 2023. Por otro lado, las evaluaciones de los parámetros de la función del hombro serán conocidos. Además, buscaremos sentar un precedente y ayudar a investigar actividades en esta área en beneficio de la policía.

1.4.2. Metodológica

Se realizarán estudios transversales correlacionales, que facilitarán el rápido acceso a la información para analizar relaciones entre variables. El uso de esta herramienta es importante porque la Encuesta validada de kinesofobia se utilizará para evaluar objetivamente el miedo que presenta y con la escala de EVA el dolor de los pacientes, y la perspectiva de Tampa es un método que es: y confiable. sexo. 80 pacientes en hospital y Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.

1.4.3. Práctica

El desarrollo y surgimiento de la medicina física hospitalaria y la rehabilitación médica es de aprox. 30%. Esto corresponde a casi un tercio de la población mensual total. La fisioterapia terapéutica tradicional, muchos pacientes, muchos pacientes, muchos pacientes, muchos pacientes, repetidos, a largo plazo, y los efectos del tratamiento no se controlan adecuadamente. Por tanto, los resultados de este estudio nos ayudarán a prevenir y promover la prevención y promoción de la fisioterapia. Mejorar la calidad es el único objetivo

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Delimitación Temporal

El siguiente estudio se realizará en el periodo de agosto a setiembre del 2023.

1.5.2. Delimitación Espacial

Se realizará en un hospital de la sanidad del departamento de medicina física y rehabilitación quien se encuentra ubicado en Avenida Brasil 26, Jesús María.

1.5.3. Unidad de análisis

Un paciente con tendinitis manguito rotador de un hospital de la sanidad.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Díaz et al. (14) en el 2022 Su objetivo era "describir la relación entre el catastrofismo, la kinesofobia, la disfunción de las extremidades superiores y la intensidad del dolor en pacientes con dolor de hombro". Realizaron estudios transversales cuantitativos, interpretativos y correlacionales. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes con síndrome doloroso de hombro (20 mujeres - 10 hombres) atendidos en un Centro de Salud Pública de Santiago de Chile. La kinesifobia se midió utilizando la escala analógica visual (VAS), la escala de catastrofismo y la escala de Tampa, y la discapacidad y función del hombro se midieron utilizando Quick DASH. Los resultados mostraron una asociación significativa entre las variables catastrofistas y la intensidad del dolor (Taub de Kendall = 0,496, P = 0,005), la limitación funcional y la intensidad del dolor (Taub de Kendall = 0,365, P = 0,008). Además de la relación entre la fobia al motor y la resistencia al dolor (Kendalls Tau B = 0.181, p = 0.186). La conclusión es que la intensidad de la disfunción del hombro y la intensidad del dolor de los factores catastróficos cognitivos está directamente relacionada en pacientes con diagnóstico de síndrome de hombro doloroso y el dolor. Importantes de los enfoques biopsicosociales y multidisciplinarios en la evaluación de la rehabilitación.

Paredes (15) en el 2022, El objetivo general fue determinar el nivel de dolor en personas de 21 a 30 años relacionado con sus fobias deportivas. Se trata de un estudio corte transversal, no experimental, descriptivo y cuantitativo. Las tecnologías de datos utilizadas fueron la Hoja de Datos Personales, la Herramienta de Diagnóstico Tampa

TSK-11SV y la Herramienta de Escala de Evaluación del Dolor. Se utilizó una muestra aleatoria de 218 personas. Los resultados mostraron una edad promedio de 22 años en la población, de los cuales el 43,58% son varones y el 56,42% son varones. Primero están los compañeros virtuales (61%), seguidos de los empleados privados (10%). Los niveles de dolor identificados correspondieron a dolor negativo (91,28%), dolor vago (7,34%) y dolor neuropático positivo (1,38%). Valoración del grado de miedo al deporte: 40,83% - miedo moderado, 30,73% - miedo leve, 17,89% - miedo fuerte, 7,80% - sin miedo, 2,75% - el miedo más grave. El estudio concluyó que no había asociación entre dolor y kinesofobia entre las edades de 21 a 30 años de edad, y que la prevalencia de dolor es baja.

Suarez (16) 2019, El objetivo fue “evaluar la prevalencia del síndrome del manguito rotador en pacientes evaluados en una clínica especializada en ortopedia del hombro en Bogotá, Colombia. Se realizó un estudio transversal de 390 pacientes con una edad promedio de 57 años que fueron diagnosticados de una base de datos de varios pacientes. Años con síndrome del manguito rotador (IC 95% 55-57) Las variables que mostraron asociación estadísticamente significativa incluyeron: sexo ($p = 0,000$), patología más frecuente en mujeres, tipo de lesión ($p = 0,018$), lesión más diagnosticada fue desgarro completo del supraespinoso, función ($p = 0,002$), el informe más general es el movimiento total del hombro, donde 0 significa casi eficiente en esta población Se concluyó que una agrupación con más incidencia del síndrome del manguito rotador son los operadores, servicios generales trabajadores y todo tipo de comerciantes, amas de casa, comerciantes, choferes y médicos, por lo que es primordial garantizar un enfoque más inclusivo de la evaluación de riesgos de estas profesiones.

Harudy et al., (45) en el 2021 su objetivo fue “Identificar y describir fenotipos relacionados con la kinesiofobia, la evitación del miedo y la catastrofización del dolor, y determinar las características clínicas y demográficas relacionadas con cada fenotipo en función de la función auto informada de las extremidades superiores en individuos con dolor de hombro.” Donde se muestrearon a 177 pacientes una dolencia en hombro. Sus instrumentos que utilizaron fueron la “Escala de Kinesiofobia de Tampa, el Cuestionario de Creencias para Evitar el Miedo, la Escala de Catastrofización del Dolor, el Cuestionario de Discapacidades del Brazo, el Hombro y la Mano (DASH), la Escala de Valoración del Dolor Numérico y el inicio angular del dolor durante la elevación del brazo” a todos. Unos de los grupos con peor perfil de miedo que presento dolor (p menor 0.05) los de mayor de edad, por su función y por su mayor dolor. Este mismo grupo tubo relación con el lado dominante ($OR = 2,10$, $IC\ DEL\ 95\% = 1,03, 4,41$) y la de menos función ($OR = 0,96$, $IC\ del\ 95\% = 0,94, 0,98$). Se mostró que las personas con peor perfil de miedo asociados con el dolor fueron los mayores, los de peor funcionabilidad y mayor intensidad del dolor. Y por último la peor función y participación del lado dominante se relacionaron con la peor condición de miedo con el dolor.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Ventura et al. (13) en el 2022 Su objetivo fue “estudiar los resultados y la función subacromial en pacientes con síndrome de hombro doloroso del Centro de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho”. El estudio fue un estudio descriptivo, observacional y transversal que utilizó un modelo de prueba de función del hombro y la Encuesta de discapacidad del hombro, el codo y la mano (DASH). En este estudio se incluyeron un total de 135 pacientes. Los resultados son los siguientes: El principal grupo de edad fue entre 53 y 59 años, de los cuales el

74% eran mujeres y el 34% amas de casa. El dolor de hombro fue predominantemente dolor de hombro derecho, dolor crónico en 74% y 91%, afectación subacromial positiva en ecografía y tendinitis del supraespinoso en 66% y 41%, respectivamente. Funcionalmente, el 51 % de los pacientes informó dolor intenso, el 36 % informó discapacidad moderada, el 83 % presentó disminución de la fuerza de prensión isométrica en pronación y el 50 % y el 53 % informaron dolor y rango de movimiento funcional compensatorio. En general, más del 50 % de los participantes tenían limitaciones funcionales en términos de debilidad y dolor subacromial, discapacidad, fuerza muscular y movilidad funcional.

Caballero (44) en el 2019, el objetivo fue determinar “la relación del dolor de hombro y las actividades de la vida diaria en los adultos mayores en el Hospital San Juan de Lurigancho”, fue un estudio descriptivo, de tipo correlacional de corte transversal, no experimental. Siendo la muestra con 110 pacientes de 60 años. Los instrumentos que usaron, fue el “Índice de Katz Modificado” y una ficha de recolección de datos. Obteniéndose los siguientes resultados; existe una asociación entre el dolor y actividad de vida diaria en adultos de mayor edad del Hospital San Juan de Lurigancho. Existiendo una asociación entre actividades de la vida diaria como el bañarse ($p=0,004$), vestirse ($p=0,003$), imagen personal ($p=0,023$) e intensidad de dolor entre el nivel de moderado y severo, alimentarse ($p=0,044$), con una relación de nivel moderado. Pacientes con dolor de hombro derecho y ambos hombros, presentaron relación en actividades del baño con asistencia ($p=0,001$), y pacientes que presentaron dolor de hombro izquierdo y ambos hombros, presentaron relación en actividad de alimento con asistencia ($p=0,005$). Por último, pacientes que realizaron la acción de usar inodoro con asistencia, hay presencia con más frecuencia de cronicidad de hombro ($p=0,014$). Donde se concluyó, existencia de relación

altamente importante en cronicidad, localización e intensidad del dolor a nivel de hombro en actividades de la vida diaria, de los adultos mayores del Hospital San Juan de Lurigancho.

Según Ángel (46) en el 2019 , Tuvo por objetivo de determinar la relación que existe entre las enfermedades ocupacionales del personal de Enfermería y las condiciones de trabajo en el Hospital de Lambayeque. Fue un estudio cuantitativo de correlación con corte transversal. La muestra estuvo formada por 127 trabajadores de enfermería, de nivel profesional y técnico, del Hospital de Lambayeque. Donde se empleó, el cuestionario diseñado y validado evaluándose las condiciones de trabajo como el factor de organización y método de desarrollo. Entre las enfermedades ocupacionales y las condiciones de trabajo se determinó que no existe una relación directa, obteniéndose una $X^2=1.235$; $gl=2$ y $p=0.539$. Así mismo, se determinó que las enfermedades más frecuentes son la lumbalgia, gastritis y síndrome de hombro doloroso, por otro lado, en las condiciones de trabajo en la escala de organización y entorno material lo califican como malo en un 48.8%. Concluyendo que no existe una relación significativa entre las enfermedades ocupacionales y las condiciones de trabajo.

Huamán (47) en el año 2018, tuvo como objetivo “Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y el Síndrome Hombro Doloroso en pacientes de 30 a 60 años tratados en el servicio de Medicina Física de un hospital de Lima en el periodo de enero a marzo del 2018”. El método fue descriptivo, correlacional de corte transversal con una población 102 y muestra no probabilística-intencional de 80. Para la recolección de datos utilizaron fichas evaluativas que constaban de datos demográficos, la etiología y los factores de riesgo. Los resultados manifestaron que el 54% era de género femenino y el mayor porcentaje en ocupación fue de ama de

casa. En los movimientos repetitivos el 60% a veces lo realizan y el 14,7% siempre lo realizan, en relación al proceso inflamatorio el 71.1% presenta tendinopatía del manguito rotador y el 28,9% tendinopatía del bicipital. Este estudio concluyó que el grupo etario de los 41 a 50 años tienen 11 como predominio del género femenino y la causa frecuente del síndrome de hombro doloroso fue la tendinopatía del manguito de los rotadores.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Anatomía del Hombro:

Es una articulación más móvil. Siendo la posición anatómica, el brazo cuelga verticalmente al lado del cuerpo de manera que el eje longitudinal del húmero coincide con el eje vertical. Abducción 90°, eje longitudinal coincide con el eje transversal Flexión 90°, coincide con el eje antero-posterior, Por lo tanto, la articulación del hombro es una articulación con tres ejes principales y tres grados de libertad, pudiendo coincidir el eje longitudinal del húmero o posición que permita el movimiento de rotación en cualquier posición intermedia (17)

Tiene tres ejes principales, tres grados de libertad y permite la orientación del miembro superior en tres planos espaciales.

2.2.2 Rango Articular del Hombro

Flexión de Hombro: Se realiza en el plano sagital alrededor del eje transversal. Movimiento de gran amplitud, 180°.

- **Primera fase: de 0° a 50°-60°:** Los músculos implicados en la primera fase son: deltoides anterior, coracobraquial y pectoral mayor supraclavicular. Esta flexión de la escápula está limitada por dos factores: la tensión de los ligamentos espinales y la resistencia de los músculos menor, mayor e infraespinoso.

- **Segunda fase: de 60° a 120°:** La rotación axial se logra girando las palas en un movimiento que gira las palas 60°. Los músculos del movimiento también están involucrados: trapecio y serrato mayor. Esta flexión está limitada por la resistencia del dorsal ancho (pectoral mayor).
- **Tercera fase: de 120° a 180°:** Los huesos de la tapa del hombro suprimen el movimiento de flexión y el hueso del capuchón del hombro requiere una intervención espinal. Si la flexión es una de ellas, puedes terminarla secuestrando completamente tu mano y luego girando tu columna para completarla. (18)

Cuando los hombros están completamente flexionados, el ángulo inferior de la escápula debe acercarse a la línea media del tórax, con el borde de la escápula girado 60 grados. Cuando la articulación glenohumeral está totalmente flexionada o abducida, el ángulo inferior no debe sobrepasar esta línea, ni debe sobresalir más de 1,3 cm. El movimiento del ángulo inferior más allá de la línea media de la escápula o la proyección lateral detrás del esternón indica hiper abducción de la escápula. Durante la fase de flexión/abducción, los hombros deben estar ligeramente elevados (como en un encogimiento de hombros), pero no demasiado elevados. Elevar los omóplatos es especialmente importante si tus hombros se hundan cuando descansas. (18)

Abducción del Hombro: Los movimientos que alejan las extremidades superiores del tronco están en el plano frontal alrededor del eje anteroposterior. La amplitud alcanza los 180° y los brazos son perpendiculares a la parte superior del torso.

- **Primera fase: de 0° a 90°:** Los principales músculos implicados son: deltoides y supraespinoso. Estos dos músculos forman un compañero abductor común. De hecho, el caso del secuestro comenzó en este momento. La primera etapa está casi terminada. 90° cuando la escápula está flexionada y la mayor parte de la tuberosidad está adyacente al borde glenoideo superior. La rotación externa y una

ligera flexión mueven el tubérculo mayor hacia atrás, retrasando así la aparición de las obstrucciones antes mencionadas. Según Steindler, la abducción asociada con una flexión de 30° del plano corporal de la escápula puede considerarse una verdadera abducción fisiológica.

- **Segunda fase: de 90° a 150°:** Si la escápula está bloqueada, la abducción solo puede continuar involucrando la cintura escapular: el movimiento pendular de la escápula, la rotación en sentido antihorario, hace que la cavidad glenoidea se mueva más directamente hacia arriba y se sabe que el rango de movimiento es de 60°; mecánico Ver, la rotación longitudinal de la articulación clavicular esternocostal y la articulación acromioclavicular tiene un rango de movimiento de 30 °, y los músculos que se mueven en esta etapa son: trapecio y serrato mayor. Con la resistencia de los músculos aductores (dorsal y pectoral mayor), se simula el movimiento hasta 150° (90° a 60° del movimiento pendular de la escápula).
- **Tercera fase: de 150° a 180°:** Para mantenerse erguido, la columna vertebral debe participar en este movimiento. Si sólo se abduce un brazo, es suficiente la flexión lateral bajo la acción de los músculos espinales contralaterales.

La disposición de estas tres fases de abducción es naturalmente esquemática: en la práctica, las acciones musculares se superponen y están estrechamente relacionadas; Además, la columna comienza a inclinarse antes de alcanzar los 150° de abducción.

Rotaciones de la articulación glenohumeral: El brazo se puede girar alrededor del eje longitudinal en cualquier lugar cerca del hombro. Es una articulación de tres ejes con tres grados de libertad con rotación voluntaria o asistida. Por lo general, esta rotación se mide en la posición anatómica de los brazos colgando verticalmente a lo largo del cuerpo.¹⁸

Rotación externa: Su amplitud es de 80° y nunca alcanza los 90° . En esta posición, por lo general no se usa el rango completo de 80° porque los brazos están perpendiculares al cuerpo. Por el contrario, desde un punto de vista funcional, la rotación externa más común, por lo que la más importante es la sección entre la ubicación anatómica fisiológica (rotación interna de 30°) y el estado anatómico clásico (rotación de 0°).

Rotación interna: Su amplitud es de 100° a 110° . Para ello, coloca los antebrazos detrás de la parte superior del cuerpo y conecta algunas extensiones con los hombros. Esta libertad de movimiento es muy importante para que los brazos lleguen a la espalda. Esto es necesario para una higiene perineal adicional. Cuando los brazos se colocan frente al torso, una rotación interna hacia adelante de 90° inevitablemente da como resultado hombros redondeados. Los músculos del manguito rotador longitudinal se discutirán más adelante. La rotación longitudinal de la mano alejándose de la posición anatómica solo se puede medir con precisión mediante pruebas polares o meridianas. Los giros de apertura son diferentes para cada posición, algunos pierden y otros ganan. Este es solo un ejemplo de cómo los músculos realizan movimientos regulares en función de los cambios de posición.

La goniometría es una técnica para medir el ángulo horizontal de una articulación desde la intersección de los ejes longitudinales de los huesos. Es un procedimiento estático utilizado para determinar objetivamente el rango de movimiento de la articulación faltante. Esta técnica también evalúa la posición de la articulación en relación con su posición. La flexión de la rodilla es un movimiento combinado de la parte posterior de la pantorrilla y el muslo que puede alcanzar los 120° con la extensión de la cadera y los 140° con la flexión de la cadera, debido a las diferencias en la eficiencia de los isquiotibiales

durante la flexión de la cadera. Extendido, el movimiento vuelve a ocurrir en el plano sagital transversal (33).

2.2.3 Kinesofobia

La Kinesofobia se considera una condición en la que los pacientes desarrollan un miedo excesivo e irracional a la actividad física y al movimiento durante y después de una lesión. En su fase aguda de la lesión, es normal restringir la actividad física. Pero, mantener tal restricción a largo plazo puede conducir a un debilitamiento de la inmunidad e incluso a la discapacidad (22). Siendo la segunda causa más común de incapacidad en la población. Varios determinantes identificados (biológicos, cognitivos, conductuales, sociales, ocupacionales) están relacionados con malos resultados después del inicio del dolor musculoesquelético, donde no se mejoran. Después los episodios de dolor musculoesquelético agudo a menudo conducen a exacerbaciones. Puede tener efectos físicos, psicológicos y sociales negativos. Entre los muchos factores psicosociales que influyen en la percepción del dolor y el afecto, los factores psicológicos negativos o desadaptativos son los más importantes. (24).

2.2.3.1 Procesos de la kinesofobia

La Kinesofobia a menudo se asocia con “el dolor” y sus consecuencias (discapacidad y calidad de vida) de diferentes maneras. En primero, la Kinesofobia cambia la manera de movimiento ante una actividad, posiblemente para evitar el dolor. Esto puede conducir a cambios en el comportamiento motor que pueden afectar el control y el alivio del dolor y la discapacidad asociada. En segunda instancia, el manejo del dolor y los datos relacionados con el conocimiento del dolor y la agorafobia. De hecho, cuanto mayor es el miedo al ejercicio, mayor es el dolor.

2.2.3.2 Factores de la kinesofobia

Factor Psicosocial; El dolor musculoesquelético relacionado a la kinesofobia se refleja en varios aspectos de la discapacidad como “la calidad de vida”, la percepción general de salud, el nivel social y emocional, la vitalidad y la salud mental general. Esto se debe a que el miedo al esfuerzo físico está asociado a la ansiedad y la depresión, que pueden afectar gravemente no solo los aspectos físicos de una persona, sino también la psicología emocional e incluso el ámbito social laboral (19).

Factor predictivo El miedo al movimiento inducido por el dolor indica discapacidad e implicación percibidas, ya que la percepción de riesgo expresada por pacientes con dolor musculoesquelético se asocia con conducta de evitación o discapacidad. De esta manera, el miedo se presenta en el momento del inicio y la percepción del dolor, independientemente de la capacidad física del paciente, y el miedo servirá como predictor del resultado determinado por el fisioterapeuta (evitando el miedo como una limitación importante del dolor del fisioterapeuta). gestión. 20

Limitante física El miedo al movimiento en personas con Kinesofobia implica una reducción de la actividad física como conducta defensiva y de evitación. Esto puede causar malestar físico y afectar la función general. El dolor relacionado con el miedo hace que los pacientes reduzcan el movimiento en el área afectada, daña las estructuras musculoesqueléticas interconectadas y, a menudo, provoca cambios físicos²¹.

Dolor relacionado al miedo, Es el dolor que se presenta antes del ejercicio y está sometido por el miedo y la ansiedad del paciente acerca de eventos previos. El dolor también puede persistir durante las actividades físicas, pero depende de lo asustada que esté la persona afectada. Este dolor se asocia con el miedo conducirá a un comportamiento

de evitación del miedo y determinará la progresión o regresión de la recuperación de las capacidades físicas del paciente 22).

La conducta de evitación del miedo se entiende como un conjunto de actitudes o respuestas psicológicas cuando un paciente es rechazado de una situación que puede causarle dolor o potencialmente repetir la lesión. 29 El movimiento autorrestringido es una forma de protección durante la fase de dolor agudo o subagudo, pero si el comportamiento continúa, puede indicar que el cuerpo no se está adaptando. De esta forma, la evitación puede empeorar tanto física (capacidades físicas reducidas) como psicológicamente (conducta relacionada con la ansiedad), lo que finalmente afecta la calidad de vida de la persona22.

2.2.3.4 Medición Escala de Tampa

Es una medición que se usa constantemente para evaluar el nivel de miedo a la confianza en personas con enfermedades crónicas. Este es un cuestionario, el texto original contiene 17 preguntas, todas relacionadas con la ansiedad por ejercicio, el paciente puede responder desde muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo. Las puntuaciones oscilan entre 17 y 68 para la no kinesifobia y la kinesifobia máxima. Estas puntuaciones son los valores obtenidos a partir de las respuestas a los cuestionarios pretest y postest, y veremos cómo cambian los resultados antes y después de nuestro planteamiento. Cuenta atrás para las preguntas 4, 8, 12 y 16 (26)

2.2.4 Dolor

El dolor de hombro es una condición clínica caracterizada por dolor en el hombro y restricciones funcionales. Los síntomas generalmente comienzan con dolor en la parte delantera del hombro o en la espalda y generalmente se irradian al brazo o al codo. Cuando el dolor de hombro y cuello se irradia, se debe descartar la espondilosis cervical.

El dolor puede empeorar por la noche, manteniendo en ocasiones al paciente despierto y realizando ciertos movimientos del hombro (especialmente durante la máxima elevación y rotación interna). En algunos casos, el dolor intenso prolongado (significativamente peor por la noche) es característico de la bursitis o tendinitis calcárea. Si ha tenido una lesión repentina o un esguince de hombro en el pasado, no poder levantar el brazo aumentará el dolor, que puede ser más o menos intenso. Parece un desgarro del manguito rotador. La clasificación del dolor se usa ampliamente y tiene una importancia clínica importante en los enfoques diagnósticos y terapéuticos. La clasificación se basa en la duración, patogénesis, localización, curso e intensidad del dolor. Según su duración, el dolor se puede clasificar en agudo y crónico, también llamado dolor constante. El dolor agudo se define como una experiencia desagradable y estresante asociada con los elementos cognitivos y sensoriales del daño tisular. Ocurre repentinamente y dura poco tiempo (minutos a semanas)⁶³, con una fuerte relación causal y temporal con el daño tisular y la severidad/intensidad del dolor.

El dolor agudo se clasifica como un factor protector que impide que las personas realicen acciones que aumenten el daño o acciones que disminuyan o reduzcan su impacto⁶⁵. El dolor agudo a menudo se denomina dolor nocturno, pero también puede denominarse dolor neuropático. En cuanto al dolor crónico, se manifiesta como un dolor que dura más de tres meses desde el inicio o supera el curso natural de la enfermedad. Este tipo de dolor se acompaña de dimensiones psicológicas (ira, ansiedad, miedo, depresión o depresión) que afectan tanto a la experiencia del dolor como al entorno económico, social y familiar. Pero el dolor crónico se diferencia del dolor agudo en dos aspectos: en primer lugar, no existen mecanismos de defensa como el alivio del dolor agudo; y en segundo lugar, el dolor crónico implica dolor y la sensación de dolor. o dolor neuropático. De acuerdo con la patogenia, el dolor se divide en nociceptores, incluidos el dolor somático y el dolor

visceral, el dolor neuropático y el dolor psicopático. El dolor nocturno debido al daño real o potencial del tejido nervioso se asocia con la respuesta de los nociceptores periféricos a los estímulos inflamatorios, mecánicos o isquémicos. En este tipo de dolor, el sistema nervioso funciona normalmente y realiza solo la función de transmitir estímulos (estímulos) desde los receptores periféricos al cerebro, a saber, la corteza y las áreas subcorticales, que es una respuesta fisiológica a la agresión. Una característica importante es la estrecha correlación entre la intensidad de la descarga y la percepción del dolor. Por el contrario, el dolor neuropático es el dolor causado por daño o enfermedad del sistema somatosensorial, incluidas las neuronas centrales y las fibras periféricas (fibras A β , A δ y C). Otras cosas. Responden de manera diferente a los cambios en los canales iónicos. y cambios en la modulación de las señales de dolor en el sistema nervioso central

El dolor neuropático tiene características relacionadas con la percepción del dolor, como dolor espontáneo en ausencia de estímulos, umbrales de dolor alterados y dolor provocado por estímulos mecánicos débiles o inaudibles. Excelente. deslizar. Trauma 65. Las personas con este tipo de dolor experimentan síntomas como ardor, escozor, picazón, hormigueo, descarga eléctrica, tensión, calambres o dolor profundo. El dolor se divide así en dos categorías: dolor del sistema nervioso central: debido a daño o patología en el sistema sensorial central y dolor neuropático periférico: debido a daño o patología en el sistema sensorial periférico⁶⁵. Así, el sistema nociceptivo tiene un comportamiento hiperactivo y la expresión del dolor es producto de la expresión alterada de los mecanismos neurofisiológicos encargados de regular el proceso nociceptivo. dolor. El dolor se activa. Esta hipótesis explica la estimulación asimétrica en presencia o ausencia de estimulación neuropática detectable o sensibilización central^{66, 67}. Finalmente, el estrés psicológico apunta a causas psicológicas que afectan repetidamente los rasgos y

habilidades psicológicas, así como defectos biológicos^{63,67}. Esto le sucede a las personas que sufren de ansiedad, depresión, enfermedad mental, etc.

Este tipo de dolor no tiene un cuadro neurológico o anatómico claro, y aunque sea psicológico, es difícil de tratar. Depende de dónde estés. El dolor somático es causado por el aumento de la estimulación de los receptores del dolor somático después del daño a los tejidos corporales como la piel, los músculos, las cápsulas articulares y los huesos. ¿El dolor está claramente localizado en el área afectada, bien descrito, preciso, agudo o agudo y se irradia a lo largo de las vías neurales^{63,66}? El dolor físico se presenta en dos formas. El primero, denominado dolor superficial o dolor cutáneo, está asociado a la activación de los receptores del dolor en la piel, mucosas y mucosas y es uno de los síntomas más comunes y frecuentes de las heridas. Otra forma, llamada dolor somático profundo, ocurre cuando un estímulo activa los receptores del dolor en las capas más profundas del cuerpo, incluidos los tendones, las articulaciones, los huesos y los músculos. La principal diferencia entre el dolor superficial y el dolor profundo es que el dolor de cabeza primero parece sordo y luego sordo, y el dolor de cabeza siempre es sordo y generalmente se considera "peor" que el dolor. El dolor visceral, por otro lado, es causado por la activación anormal de los receptores del dolor visceral debido a un trauma o disfunción de un órgano interno o su suero. El dolor visceral tiene una característica que lo diferencia del dolor somático, es decir, el daño a los órganos internos no necesariamente causa dolor, por lo que no todos los órganos internos son sensibles al dolor. También se manifiesta como dolor vago, constante, difuso, profundo, mal localizado. En algunos casos, este tipo de dolor puede irradiarse o irradiarse a zonas alejadas del órgano afectado. Suele acompañarse de síntomas autonómicos como náuseas, vómitos, sudoración, pulso y presión arterial.

Durante el curso de la enfermedad, el dolor que dura todo el día sin alivio se denomina dolor persistente, mientras que el dolor paroxístico es un dolor intenso, repentino y de corta duración. Estos últimos suelen clasificarse en esporádicos, idiopáticos o idiopáticos^{63,65}. según su durabilidad. Dependiendo de la intensidad, se considera leve si no interfiere o interfiere con las actividades diarias. Si el trabajo tiene un retraso parcial, es medio. Finalmente, se consideraron situaciones estresantes aquellas que interfirieron completamente en el desempeño de la tarea incluso durante los períodos de descanso y/o descanso. 63, 65

Los estímulos del entorno externo se transmiten a través de vías sensoriales y se integran y regulan mediante mecanismos neurofisiológicos en diversas partes del sistema nervioso (SNC). y periféricos). De acuerdo con el proceso de trauma patológico, las terminaciones nerviosas libres y otros tejidos se activan en la piel en respuesta a estímulos mecánicos, térmicos y químicos. El dolor está asociado con dos tipos principales de fibras: fibras A Δ rápidas (responsables de la sensación de dolor intenso) y glutamato (como neurotransmisor); y fibras C lentas. Tienen dolor sordo y temen la conducción nerviosa. Conducción del nervio P. Esto descartó la posibilidad de que las fibras A β normalmente transporten estímulos táctiles inocuos que podrían estar asociados con el dolor crónico, también conocido como convulsiones. dolor constante 20.68.

A nivel del cuerno posterior de la médula espinal (ARME), los aferentes primarios se conectan a las neuronas de proyección (neuronas del dolor secundarias con un amplio rango dinámico) y las neuronas espinales. meridiano centrípeto. meridiano central. El primer nervio se proyecta hacia el centro de señalización. allá. agradecido. Integrar y regular el dolor. Desde este punto, los impulsos nerviosos continúan viajando al cerebro a lo largo de dos vías: el tracto espinotalámico nuevo y el tracto espinotalámico antiguo. En términos de desarrollo del sistema, el tumor de Piomalo es el más joven, mientras que

el precáncer de cuello uterino es el más antiguo. El cerebro de Haug puede causar un dolor intenso, especialmente en Haug, justo detrás de la carne hasta el fondo de la carne. Interno. Entrega de Haptics 20.69. La salida rápida y precisa de luz a través del ojo está asociada con la percepción del dolor, lo que ayuda a determinar el momento, la ubicación y la intensidad de los estímulos dolorosos. Por otro lado, el tracto hipotalámico en el cuello produce un dolor sordo constante (dolor crónico severo localizado) y la sustancia P es un excelente neurotransmisor. Además de la médula espinal y las regiones vertebrales, la médula espinal también está integrada en la región medial. La vía cervical termina en estructuras como la formación reticular espinal, las formaciones del tronco encefálico, la materia gris perianal (PAGS) y los núcleos talámicos antes de extenderse a la región hipotalámica. Debido a su baja velocidad y múltiples conexiones, una de sus principales funciones es la transmisión indirecta y la mediación. Los centros superiores implicados en la transmisión del dolor son: las estructuras reticuloespinales e intersticiales reticulares, el tálamo y las estructuras corticales. Finalmente, el área responsable está a nivel cortical: el área somatosensorial primaria (SI) en la corteza cerebral, donde las áreas de Brodmann 1, 2 y 3 son 24 y 24 respectivamente. Severidad (S2) y pensamientos

La regulación de las respuestas a los estímulos nocturnos ocurre bajo la influencia de un sistema inhibitorio descendente caracterizado por regeneración y dimerización. El sistema consta de PAGS, formación reticular (RF) y núcleos de rafe (NMR), de los cuales estos dos últimos forman parte. Zona reticulomedular (RVB). Las neuronas SGPA se proyectan a estructuras en el área RVB y forman sinapsis con las neuronas APME. Estas vías utilizan mecanismos de receptores noradrenérgicos, serotoninérgicos y opioides (μ , δ y κ) para producir efectos antiproliferativos y modular la actividad de los mediadores inflamatorios y los neurotransmisores del miedo. Inhibe los

neurotransmisores relacionados con el dolor, como la sustancia P. SGPA KMR y HR. Los mecanismos serotoninérgicos luego liberan serotonina, que inhibe las neuronas APME a través de las antenas laterales. Finalmente, el sistema opioide endógeno media la actividad de la sustancia P y las neuronas aferentes primarias hiperpolarizadas y además actúa sobre las neuronas gliales o las células APME de las neuronas secundarias a través de las cuales se produce la regulación presináptica y sináptica.

2.2.4.1 Medición EVA

La valoración tendrá en cuenta la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente y su intensidad. La escala está numerada del 0 al 10, donde 0 significa sin dolor y 10 es el peor dolor. Tiene las más utilizadas, prácticas, confiables y fáciles de implementar.

2.3 Formulación de la Hipótesis

2.3.1 Hipótesis General

Hi: Existe relación entre la Kinesiofobia, intensidad del dolor y rangos articulares en pacientes con tendinitis del manguito rotador.

Ho: No existe relación entre la Kinesiofobia, intensidad del dolor y rangos articulares en pacientes con tendinitis del manguito rotador.

2.3.2 Hipótesis Específicas

Hi1: Existe relación significativa entre la kinesiofobia e intensidad del dolor en pacientes con tendinitis del manguito rotador.

Ho1: No existe relación significativa entre la Kinesiofobia e intensidad del dolor en pacientes con tendinitis del manguito rotador.

Hi2: Existe relación significativa entre la kinesiofobia y rangos articulares en pacientes con tendinitis del manguito rotador.

Ho2: No existe relación significativa entre la Kinesiofobia y rangos articulares en pacientes con tendinitis del manguito rotador.

Hi3: Existe relación significativa entre la intensidad del dolor y rangos articulares en pacientes con tendinitis del manguito rotador.

Ho3: No existe relación significativa entre la intensidad del dolor y rangos articulares en pacientes con tendinitis del manguito rotador.

3. METODOLOGIA

3.1. Método de la investigación

Hernández afirmó que el enfoque será hipotético-deductivo, afirmando que los datos recolectados serán analizados para desarrollar hipótesis; por lo tanto, las discusiones comenzarán y terminarán con conclusiones y recomendaciones. (25)

3.2. Enfoque de la investigación

Sera un estudio cuantitativo, porque nos permitirá intentar fundamentar las hipótesis planteadas mediante la recogida de datos. (26)

3.3. Tipo de la investigación

El tipo de la investigación será básica, porque tuvo como propósito de impartir conocimiento y teorías como nos mencionó Hernández, Fernández y Bautista (18)

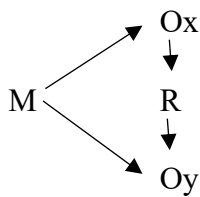
3.4. Diseño de la investigación

En cuanto al plan de estudios, no habrá experimentos porque no funcionará; como nos dijo Hernández, esto no cambiará ni afectará a la muestra resultante, lo que explica las características del estudio. (18)

Este sería un nivel apropiado de descripción ya que describe, analiza y resume los resultados. Analizar los datos disponibles. Según Hernández (18), dado que solo se analiza el comportamiento del fenómeno, se caracteriza por vincular las variables objeto de estudio, formular y discutir hipótesis que lleven a conclusiones y recomendaciones. El estudio será transversal en el sentido de que la información se recopilará utilizando datos recopilados en un momento y lugar específicos.

3.4.1 Nivel

La investigación tendrá un alcance adecuado porque medirá la relación entre las tres variables objeto de estudio y también porque tratará de establecer correlaciones o relaciones entre las variables para ampliar el panorama del fenómeno y aportar conocimiento a la comprensión de la realidad. un producto de interacción variable (18).



Donde:

M = Muestra de la investigación

Ox = Observación de la variable del uso de las tecnologías de la información y comunicación

R = Observación de la variable de desempeño docente

Oy = Índice de relación entre ambas variables

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

Esta investigación se trabajará con los pacientes de un hospital de la sanidad, Lima 2023, con diagnóstico de tendinitis del manguito rotador que asisten al departamento de medicina de rehabilitación, durante los meses de agosto y setiembre 2023. Se tendrá como referencia a la población atendida durante los meses de agosto y setiembre del 2022, siendo un total de 107 pacientes.

3.5.2 Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizará la siguiente fórmula, para población finita.

Cálculo del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)N}{(N-1)e^2 + Z^2 p(1-p)}$$

Leyenda:

n = muestra

p = proporción de éxito (en este caso 50% = 0.5)

1-p = proporción de fracaso (en este caso 50% = 0.5)

e = margen de error (en este caso 5% = 0.05)

z = valor de distribución normal para el nivel de confianza (en este caso del 95% = 1.96)

N = tamaño de la población (en este caso 122)

Reemplazando valores:

$$n = \frac{1.96^2 (0.5) (1-0.5) (122)}{(122 - 1) 0.05^2 + 1.96^2 (1-0.5)} = 83.82$$

Donde n = 84

La muestra será de 84 pacientes que acuden al departamento de medicina de rehabilitación para recibir terapia física, con diagnóstico de tendinitis del manguito rotador de ambos sexos con un rango de edades comprendido entre 30 a 60 años.

3.5.3 Muestreo

3.5.4 Se utilizará un muestreo probabilístico aleatorio simple porque garantiza que todos los individuos de la población objetivo tengan las mismas posibilidades de ser incluidos en la muestra (26).

3.5.5 Criterios de selección:

3.5.5.1 Criterios de inclusión

- Pacientes entre 30 y 60 años de edad.
- Pacientes masculinos y femeninos
- Pacientes diagnosticados con tendinitis de manguito rotador
- Pacientes con dolor a nivel de hombro
- Pacientes que hayan firmado un consentimiento informado para aceptar el estudio.
- Pacientes con articulación del hombro limitada.
- Pacientes del Departamento de Rehabilitación de un hospital de la sanidad en lima.
- Pacientes titulares en actividad y/o retirados.

3.5.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes diagnosticados con patologías de la columna vertebral (dolor irradiado a columna cervical).
- Pacientes con secuelas neurológicas
- Pacientes con tendinitis del manguito rotador post COVID-19.
- Pacientes con mala consolidación ósea a nivel de cintura escapular y humero.
- Pacientes que no reconocen el comando
- Pacientes después de la cirugía

3.6 Variables y Operacionalización

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ESCALA VALORATIVA
VARIABLE 1 KINESOFOBIA	Es la manifestación del paciente por tener un miedo excesivo e irracional, produciendo un movimiento leve y siendo la vulnerabilidad al movimiento una sensación dolorosa u ocasionar una nueva lesión (30).	Es una de las formas más extremas de miedo al movimiento o a una lesión nueva debido al dolor. De causa desconocida o inclasificable, por lo cual se medira mediante la escala de tampa.	NO TIENE	1 Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico. 2 Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría. 3 Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio. 4 Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión. 5 Tengo miedo a lesionarme sin querer. 6 Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios. 7 No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo. 8 El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme. 9 No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas. 10 No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad. 11 Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor. (32)	cualitativa Ordinal	Baja kinesofobia 11-34 PUNTOS Alta kinesofobia 35 – 44 PUNTOS

VARIABLE 2 DOLOR	Es el daño tisular real o potencial no agradable produciendo una experiencia sensorial no óptima. (33)	Dolor manifestado durante la evaluación del hombro, mediante la escala de EVA.	NO TIENE	Intensidad del dolor	cuantitativa Ordinal	Sin dolor = 0 Dolor leve = 1-2 Dolor Moderado = 3 -4 Dolor Severo = 5-6 Dolor muy severo = 7 -8 Dolor Máximo = 9 - 10
VARIABLE 3 RANGO ARTICULAR	Por medio de articulaciones es el movimiento de angulación máxima descrita por dos segmentos. (34).	Rango articular al movimiento activo de hombro, mediante un apicativo movil.	GRADO DE AMPLITUD	Flexión Abducción Rotación Interna Rotación externa	cuantitativo continua	Flexión (0 a 180°) Abducción (0 a 180°) Rotación externa (0 a 90°) Rotación interna (0 a 80°)

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Nuestro proyecto de investigación utilizó como instrumento la encuesta y un cuestionario.

3.7.1 Técnica

- Se realizará la autorización mediante documento al Director del Hospital PNP Luis N Saenz, el GRAL MED PNP Rojas Prado Moisés.

- Se coordinará con el jefe de departamento de Medicina de Rehabilitación, el CMDTE MED PNP Chávez Zanabria Jorge, para la obtención de la autorización del acceso al servicio donde se aplicará la recolección de datos de los pacientes.

Se seleccionará a los pacientes que acudan al servicio de rehabilitación basándonos en las tarjetas de tratamiento indicados por el medico fisiatra siendo su diagnóstico tendinitis del manguito rotador y que aquellos cumplan los criterios de inclusión.

Se recolectará los datos personalmente siendo obtenida por el paciente en una ficha de recolección, donde tendrá una duración de 15 a 30 minutos, finalizando su tratamiento.

Se agradecerá al término, al paciente por su colaboración.

3.7.2 Descripción de Instrumento

Para la investigación se utilizará una ficha de recolección de datos que contendrá los siguientes instrumentos:

A) Una versión modificada de la versión en español de la Escala de Kinesofobia de Tampa (CETK) de 2011, que excluye 6 de 17 preguntas, 4 de las cuales tienen el aspecto opuesto de fobia o fobia kinesiológica, 2 de las preguntas indicaron hallazgos algo catastróficos. . Por lo tanto, solo se respondieron 11 preguntas con una puntuación

mínima de 11 y una puntuación máxima de 44 puntos. También se agregó una pregunta con preguntas cerradas para identificar a los pacientes con dolor de espalda crónico. El cuestionario original constaba de 17 preguntas, que incluían información sobre el dolor y la intensidad de los síntomas, con respuestas que iban de 1 a 4, muy en desacuerdo igual a 1, algo en desacuerdo igual a 2, algo de acuerdo igual a 3 y muy de acuerdo igual a 4. La puntuación total final se obtiene invirtiendo las respuestas a las preguntas 4, 8, 12 y 16. La puntuación más baja fue de 17 puntos y la puntuación más alta de 68 puntos, lo que indica un alto grado de Kinesiofobia. 50,51

Ficha técnica del instrumento de la variable 1: Nivel de Kinesiofobia

Nombre:	“Escala de Tampa para la kinesiofobia (Tampa Scale of kinesiofobia, TSK-SV11) traducido al español”
Autor:	Miller, Robert P.; Kori, Shashidar H.; Todd, Dennis D.
Versión española:	Virginia Boza Garcia, Beatriz Lopez Aguilar, Macarena Muñoz Gonzales (2015)
Aplicación en Perú:	Flores Huanca, Rirchard Roberto (2022)
Validez	Validez de constructo: coeficiente de correlación moderado con medidas de miedo relacionado con el dolor, catastrofización del dolor y discapacidad en pacientes con CLBP. Validez predictiva: coeficiente de correlación moderado con las pruebas de rendimiento físico. La validez concurrente es moderada, variando de $r(s) = 0.33$ a $0.59.33$

Población	Pacientes con artrosis de rodilla de II y III
Administración:	Individual, autoadministrada en formato físico.
Duración de la prueba:	10 a 20 minutos
Grupo de aplicación:	Pacientes con artrosis de rodilla de II y III nivel.
Calificación:	Manual
Uso:	Medir el nivel del miedo al movimiento.
Materiales:	Formato físico del cuestionario
Distribución de los ítems:	El cuestionario cuenta con 11 ítems, y no cuenta con dimensiones.
Puntaje y calificación:	- Baja Kinesiofobia: 11–34 puntos - Alta Kinesofobia: 35–44 puntos

A) Escala visual análoga (EVA)

La valoración tendrá en cuenta la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente y su intensidad. La escala está numerada del 0 al 10, siendo 0 que significa sin dolor y 10 es el peor dolor. Tiene la característica más utilizada, práctica y confiable y fácil de implementar.

C) Goniómetro

Mida el rango articular general y determine las diferencias de rango articular en la función del hombro.

3.7.3 Validación

En el presente proyecto de Investigación, se validó el contenido de los instrumentos por juicio de expertos (ANEXO 5), cabe mencionar la amplia experiencia y conocimientos en el campo de la ciencia de la salud, con criterios a base de pertinencia, relevancia y claridad, la cual nos permitió sustentar la veracidad de los instrumentos el cual se obtuvo como resultado el valor de 1.0 que según clasificación de Herrera tiene una validez perfecta. (41)

Estas variables serán medidas con el cuestionario de Tampa, cuya validación al español tuvo una validez de 1 clasificándola como una validez alta.

Así mismo se empleará la escala Visual Análoga cuya validez fue de 1 interpretándola como una alta validez

3.7.4 Confiabilidad

Para estimar el coeficiente de confiabilidad de la escala de Tampa, se realizó un estudio piloto con 10 pacientes atendidos en todo este hospital, y los resultados se sometieron a la prueba alfa de Cronbach en una escala de 0 a 1,

siendo más cercano a 1 mejor. Esto quiere decir que la confiabilidad es aceptable y le doy a esta escala un puntaje de validez de 0.93, lo que según Herrera le da un alto nivel de confiabilidad. (41)

Para la confiabilidad de la escala visual análoga (EVA), se tomó como referencia a estudios previos donde obtuvo una fiabilidad buena con una valor de 0,94 (42).

Y Finalmente para obtener la confiabilidad del goniómetro, se tomó en cuenta como referencia a estudios anteriores donde este instrumento tuvo un valor de confiabilidad de 0.91 (43).

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

3.9 Aspectos éticos

El proyecto de investigación se llevará a cabo de acuerdo con los estándares emitidos por la Universidad Norbert Wiener y será aprobado por el Director de Salud de la Policía en 2023 con el consentimiento de cada paciente involucrado. Siendo que la elaboración de trabajos de investigación es una obligación ética y voluntaria del Instituto Peruano de Tecnología Médica (Artículo X, Artículo 50 del Código de Ética en Tecnología Médica), la elaboración de trabajos de investigación no perjudica la salud humana. todo. Confidencialidad del procedimiento (Artículo 04 Fracción 1 del Código de Ética para Técnicos Médicos). Por razones éticas, durante el desarrollo de un proyecto de investigación, no se podrán divulgar hechos conocidos directamente relacionados con su objeto, ni siquiera por orden judicial, a menos que los colaboradores lo aprueben expresamente. Código de Ética para Técnicos Médicos (Capítulo IV, Artículos 22 y 23).

Los principios bioéticos que garantizaran este estudio son:

No maleficencia: Esto no perjudica a los autores y a los que participaran del proyecto. No realizaremos ningún procedimiento que pueda perjudicar a los participantes en este estudio, protegiendo su identidad.

Respeto a la Autonomía: Este proyecto respeta el principio de autonomía, y las decisiones de los participantes durante la selección e implementación de los temas no son manipuladas o influenciadas por terceros, y se respeta la libre elección y voluntad de participar en el estudio.

Confidencialidad: Los datos y resultados obtenidos permanecerán en estricta confidencialidad. Los nombres de los investigadores no se registrarán en el estudio. Por lo tanto, la aplicación de los métodos de investigación se hará con consentimiento informado. El formulario de consentimiento informado contiene datos personales sobre los sujetos que participan en el estudio.

Beneficencia: Nuestro objetivo no es perjudicar al paciente, en este caso un paciente con tendinitis del manguito rotador, sino encontrar una alternativa de solución eficaz para recuperarlo lo antes posible después de que el tratamiento sea efectivo. Se busca aportar, no restar.

CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Cronograma de actividades (CORRER AGOSTO - ETICA)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma de actividades	2022				2023								
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
Elaboracion de protocolo													
Identificacion del problema													
Formulacion del problema													
Recoleccion bibliografica													
Antecedentes del problema													
Elaboracion del marco teorico													
Objetivo e hipotesis													
Variables y su operacionalizacion													
Diseño de la investigacion													
Diseño de los instrumentos													
Validacion y confiabilidad de los instrumentos (juicio de expertos -prueba piloto)													
Validacion y aprobacion-presentacion al asesor de tesis													
Presentacion, revision y aprobacion de proyecto por el comite de etica													
Presentacion, revision y aprobacion del proyecto de la tesis a EAPTM													
Sustentacion del proyecto.													

4.2 Presupuesto

4.2.1. Recursos humanos

Recursos Humanos	Unidades	Costo Unitario	Costo Total soles
Investigadora	01	1000	1000
Asesor asignado por la UNW	01	1500	1500
Sub total			2500.00

4.2.2. Bienes

N°	Especificación	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Hojas Bond	2 millar	20.00	40.00
2	Lapiceros	2 caj.	11.00	22.00
3	Grapas	1 caj.	1.00	2.00
4	Engrapadora	1	3.00	3.00
5	Impresora	1	800.00	800.00
6	Sobres manilas	12	12.00	12.00
7	Liquid paper	02	3.00	6.00
8	Empastado	04	30.00	120.00
9	Goniometro	02	170.00	340.00
	SUB- TOTAL			1345.00

4.2.3. Servicios

N°	Especificación	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Llamadas celulares		30.00	30.00
2	transporte	01 personas	100.00	100.00
3	Fotocopias	500	0.05	25.00
4	Servicio de internet	10 meses	200	2000.00

5	Servicio de energía eléctrica	10 meses	60	600.00
6	Otros		50.00	50.00
	SUB- TOTAL			2805.00

4.2.4. Resumen

Recursos Humanos	2500.00
Bienes	1345.00
Servicios	2805.00
Total	6,650.00

Referencias bibliográficas

1. Efectividad del ejercicio aeróbico en pacientes con dolor crónico ¿ cuál es la efectividad del ejercicio aeróbico sumado a la terapia convencional en comparación a la terapia convencional por si sola en pacientes con dolor crónico de hombro medido en término.
2. Dolor del, dolor del. Fisiopatología del dolor. :1–14.
3. Javier f, carlos j, ponce ci. Hombro doloroso 9. 2004;9–11.
4. Velasco s. Investigación bibliográfica del abordaje manual en hombro doloroso en personas de 35 - 60 años de edad [internet]. 2021. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24333>
5. Basada so, relacionado hd. Guía de atención integral de salud ocupacional basada en la evidencia para hombro doloroso relacionado con factores de riesgo en el trabajo.
6. Zurita-ortega f, cuberos rc, fernández-sánchez m, castro-sánchez m. Relationship between physical activity, health status, and shoulder pathology in adults from chile. Retos. 2018;2041(35):246–9.
7. Riesgo del. Posturas de trabajo.
8. Díaz-narváez vp, alejandro m, mercurio c, fernando j, albornoz a, reyes bv, et al. *universidad andres bello (santiago, chile), **universidad de las américas (santiago, chile), ***cesfam santa anselma (santiago, chile), ****centro de salud y rehabilitación física ademán (temuco, chile), *****universidad metropolitana de ciencias de la e. 2023;2041(2020):926–32.
9. Investigación bibliográfica de del abordaje manual en hombro doloroso en personas de 35 - 60 años de edad.
10. Investigación bibliográfica de hombro doloroso y disquinesia escapular en

pacientes del programa cervicobraquialgia, hospital iii essalud, chimbote.

11. Las ondas de choque versus magnetoterapia en el tratamiento de tendinitis de manguito rotador en pacientes adultos que acuden al departamento de medicina física y rehabilitación.2013

Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8480>

12. Kinesiofobia, miedo al movimiento: cuando el dolor paraliza. – espaciosports

Disponible: <https://espaciosports.com/2019/11/25/kinesiofobia-miedo-al-movimiento-cuando-el-dolor-paraliza/>

13. menek b, tarakci d, algun z

2019.the effect of mulligan mobilization on pain and life quality of patients with rotator cuff syndrome: a randomized controlled trial. Journal of back and musculoskeletal 2019;32(1):171-178 disponible en

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30248039>

14. Cerdán h, ventura y. Pinzamiento subacromial y funcionalidad en pacientes con síndrome de hombro doloroso del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital san juan de lurigancho [internet] lima – Perú. Universidad privada norbert wiener 2017 [consultado el 13 de julio del 2019] disponible en <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1152/titulo%20-%20ventura%20alarc%c3%b3n%2c%20yadira%20suleima.pdf?sequence=1&isallowed=y>

15. Determinar el nivel de dolor y su relación con la kinesiofobia en personas de 21 a 30 años en la provincia del carchi

<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12357>

16. Tesis universidad del rosario prevalencia del síndrome de manguito rotador en pacientes valorados en una ips de alta complejidad, bogotá, 2019.

17. Fisiología articular 6ta edición a.i kapandji tomo 1 hombro, codo, pronosupinación, muñeca. 2006 mano págs. (4-72)
18. Síndromes dolorosos hombro rené cailliet. Tercera edición págs. 45-49.
19. Da silva r, araujo e, oliveira j, fraga m, valle m, alencar c. Perspectiva do familiar/cuidador sobre a dor crônica no paciente em cuidados paliativos. [online].; 2020. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=s1409-45682020000100018&script=sci_arttext&tlng=pt.
20. . Leporace g, batista l, metsavaht l, chahla j, oliveira t. Correlação entre força muscular e graus de funcionalidade e cinesiofobia relatada por pacientes com dor crônica no quadril. [online].; 2021. Available from: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/frvpgpxbmnzzqrrb8f3rhrh/?lang=pt>. 78. Pereira g,
21. Brandao j, barros a, oliveira j, pinheiro v. Cinesiofobia e percepção de funcionalidade em mulheres na pós-menopausa portadoras de lombalgia crônica. [online].; 2020. Available from: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/bcy6vr8qyx5krkfxbdzzclb/?format=html&lang=pt>.
22. Hurtado l. Técnicas fisioterapêuticas para tratar la kinesiofobia de pacientes post ruptura de ligamento cruzado anterior. [online].; 2020. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6840>.
23. Moreno n. Educación en dolor. [online].; 2017. Available from: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/63447797/revista8_220200527-32014-b94b0d.pdf?1590629202=&response-contentdisposition=inline%3b+filename%3drevista_oficial_de_la_asociacion_columbi.pdf&expires=1600442889&signature=fbey~9~flbahcewn17dht7n6ly315j-jikm.

24. . Morais d, terassi m, inouye k, luchesi b, lost s. Dor crônica de idosos cuidadores em diferentes níveis de fragilidade. [online].; 2016. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qhgw6vmxndnby9ftqwtqjvvr/abstract/?lang=pt>.
25. Monticone
- 26.- sampieri hr, mendoza torres cp. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. [internet]. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018. 718 p. Available from: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abuso/articulos/sampierilasrutas.pdf
27. Sánchez h, reyes c, mejía k. Manual de términos en investigación científico, tecnología y humanística [internet]. Vol. 1, vicerrectorado de investigación. 2018. 146 p. Available from: <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
28. Concytec. Guía práctica para la formulación y ejecución de proyectos de investigación y desarrollo (i+d). Cons nac ciencia, tecnol e innovación tecnológica [internet]. 2020;1–11. Available from: http://www.untels.edu.pe/documentos/2020_09/2020.09.22_formuacionproyectos.pdf
29. Peña ayala le, gómez bull kg, vargassalgado mm, mejía gi, máynez guaderrama ai. Determination of range of motion for upper limbs in a sample of mexican university students. Rev ciencias la salud. 2018;16(special issue):64–73.
30. Gómez l, lópez e, ruiz t. Cuestionario tsk-11sv. J pain. 2011;12(4):1.
31. Vicente herrero mt, delgado bueno s, bandrés moyá f, ramírez ñiguez de la torre mv, capdevila garcía l. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev la soc española del dolor. 2018;25(4):228–36.

32. Hervás mt et al. Versión española del cuestionario dash. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios.2006 servicio de rehabilitación. Hospital universitario dr. Peset. Valencia. España [consultado el 24 de agosto del 2019] disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-version-espanola-del-cuestionario-dash--13093053>
33. 28contreras j, liendo r , díaz c , díaz m , osorio m , guzmán r et al 2018 eficacia de un programa de rehabilitación autoadministrado para el síndrome de dolor de hombro en atención primaria de salud. Revista médica de chile septiembre de 2018; 146 (9): 959-9672018 [consultado el 30 de agosto del 2019] disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30725015>
34. Neuman i, pantoja t , peñaloza b, cifuentes l, rada g. Chile. El sistema grade: un cambio en la forma de evaluar la calidad de la evidencia y la fuerza de recomendaciones medicina basada en evidencia 2014. Revista médica de chile. 2014; 142: 630-635.
35. Sciencedirect .patología dolorosa del hombro en atención primaria 2004[internet] [consultado el 27 de agosto del 2019] disponible en: <https://www.sciencedirect.com/search/advanced?qs=patolog%c3%ada%20dolorosa%20del%20hombro&show=25&sortby=relevance>
36. Síndromes dolorosos hombro rené cailliet. Tercera edición págs. 45-49
37. Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del movimiento. Primera edición shirley sahrmann. España 2005 pags.209-228

38. Fisiología articular 6ta edición a.i kapandji tomo 1 hombro, codo, pronosupinación, muñeca. 2006 mano págs. (4-72)
39. The dash outcome measure disabilities of arm , shoulder and hand [internet][consultado el 27 de agosto del 2019] disponible en: <http://www.dash.iwh.on.ca/about-dash>
40. unidad de investigación de fisioterapia universidad de zaragoza. Fisioterapia manual ortopédica omt.2013 [internet] [consultado el 28 de agosto del 2019] disponible en <https://uif.unizar.es/index.php/omt/que-es-la-omt>
41. Herrera Rojas AN, León Grisales FA. Desarrollo del Instrumento para Evaluar la Calidad Técnica de Pruebas Psicológicas. Rev Colomb Psicol. 2022;31(2):65–76.
42. Flores Huanca R. PERCEPCIÓN DE DOLOR LUMBAR Y LA KINESIOFOBIA EN USUARIOS DEL CENTRO MÉDICO FISIOADVANCE , AREQUIPA. 2022.
43. Alba-Martín R. Fiabilidad y validez de las mediciones en hombro y codo: análisis de una aplicación de Android y un goniómetro. Rehabilitacion [Internet]. 2016;50(2):71–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2015.12.002>
44. Caballero Calixto, J. L. (2019). Dolor de hombro y actividades de la vida diaria en adultos mayores del Hospital San Juan De Lurigancho-2018.
45. Kamonseki DH, Pott-Junior H, Haik MN, Almeida LA de, Camargo PR. Pain-related fear phenotypes are associated with function of the upper limbs in individuals with shoulder pain. Musculoskelet Sci Pract. 2021;55(102416):102416.

46. Angel, O. M. M., & Elaine, L. A. (2019). Enfermedades ocupacionales del personal de enfermería y su relación con las condiciones de trabajo. Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. 2018
47. Huamán M, Vera M. Factores de riesgo y su relación con el síndrome de hombro doloroso en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Física de un Hospital de Lima, 2018. (Tesis para obtener el título de segunda especialidad de Terapia Manual Ortopédica). Perú. Universidad Privada Norbert Wiener Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación. 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2346/ESPECIALIDAD%20-%20-%20Huam%C3%A1n%20-%20Vera.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXO

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la Investigación: ASOCIACION ENTRE LA KINESIOFOBIA, INTENSIDAD DE DOLOR Y RANGO ARTICULAR EN PACIENTES CON TENDINITIS DEL MANGUITO ROTADOR DE UN HOSPITAL DE LA SANIDAD, DE LIMA, 2023

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p>Problema General: ¿Cuál es la asociación entre la kinesiofobia, intensidad del dolor, rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador del complejo hospitalario de la policía nacional del Perú, lima, 2023?</p> <p>Problemas Específicos: a) ¿Cuál es la asociación entre kinesiofobia e intensidad de dolor en pacientes con tendinitis del manguito rotador del complejo hospitalario de la policía nacional del Perú, lima, 2023? b) ¿Cuál es la asociación entre kinesiofobia y rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador del complejo hospitalario de la policía nacional del Perú, lima, 2023? c) ¿Cuál es la asociación entre intensidad de dolor y rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador</p>	<p>Objetivo General: Determinar la asociación entre la kinesiofobia, intensidad del dolor y rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador</p> <p>Objetivos Específicos: Determinar la kinesiofobia con intensidad del dolor en pacientes con tendinitis del manguito rotador Determinar la kinesiofobia con rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador Determinar la intensidad de dolor y rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador</p>	<p>Hipótesis General: H1: Existe una relación significativa entre kinesiofobia, intensidad de dolor y rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador.</p> <p>Hipótesis Específicas: -Existe relación significativa entre kinesiofobia e intensidad del dolor en pacientes con tendinitis manguito rotador. Existe relación significativa entre kinesiofobia y rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador. Existe relación significativa entre intensidad de dolor y rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador.</p>	<p>Variable - 1 Kinesiofobia</p> <p>Variable - 2 intensidad del dolor</p> <p>Variable - 3 Rango articular</p>	<p>Tipo de investigación: Aplicada</p> <p>Método y diseño de investigación: . Hipotético deductivo . No experimental – correlacional de corte transversal</p> <p>Población y muestra: Pacientes con tendinitis del manguito rotador de ambos sexos, comprendidos entre 30 a 60 años de edad. 90 pacientes</p>

del complejo hospitalario de la
policía nacional del Perú, lima,
2023?

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ESCALA VALORATIVA
VARIABLE 1 KINESOFOBIA	Condición del paciente con miedo excesivo, irracional y debilitante al movimiento físico y la actividad resultantes de una sensación de vulnerabilidad a una lesión dolorosa o una nueva lesión (30).	Es una de las formas más extremas de miedo al movimiento o a una lesión nueva debido al dolor. De causa desconocida o inclasificable, por lo cual se medirá mediante la escala de tampa.	NO TIENE	<p>1 Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico.</p> <p>2 Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.</p> <p>3 Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.</p> <p>4 Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.</p> <p>5 Tengo miedo a lesionarme sin querer.</p> <p>6 Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.</p> <p>7 No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.</p> <p>8 El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme.</p> <p>9 No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.</p> <p>10 No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.</p> <p>11 Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor. (32)</p>	cualitativa Ordinal	<p>Baja kinesofobia 11-34 PUNTOS</p> <p>Alta kinesofobia 35 – 44 PUNTOS</p>

VARIABLE 2 DOLOR	Es una experiencia sensorial y emocional no agradable asociada al daño tisular real o potencial. (33)	Dolor manifestado durante la evaluación del hombro, mediante la escala de EVA.	NO TIENE	Intensidad del dolor	cuantitativa Ordinal	Sin dolor = 0 Dolor leve = 1-2 Dolor Moderado = 3 -4 Dolor Severo = 5-6 Dolor muy severo = 7 -8 Dolor Máximo = 9 - 10
VARIABLE 3 RANGO ARTICULAR	Es el ángulo máximo descrito entre dos segmentos del cuerpo con un plano de referencia, el cual es realizado por medio de articulaciones (34).	Rango articular al movimiento activo de hombro, mediante un apicativo movil.	GRADO DE AMPLITUD	Flexión Abducción Rotación Interna Rotación externa	cuantitativo continua	Flexión (0 a 180°) Abducción (0 a 180°) Rotación externa (0 a 90°) Rotación interna (0 a 80°)

ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto de investigación : Asociación entre la kinesofobia, intensidad del dolor, rango articular en pacientes con tendinitis del manguito rotador de un hospital de la sanidad, lima, 2023.

Investigadores : Mg. Cherly Isabel Reategui Pereira.

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

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: "ASOCIACION ENTRE LA KINESOFOBIA, INTENSIDAD DEL DOLOR, RANGO ARTICULAR EN PACIENTES CON TENDINITIS DEL MANGUITO ROTADOR DE UN HOSPITAL DE LA SANIDAD, LIMA, 2023". de fecha 05/08/2023 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la asociación que existe entre kinesofobia, dolor y rango articular. Su ejecución permitirá la mejoría de los protocolos de tratamientos para este tipo de patologías.

Duración del estudio (meses): 13 meses (noviembre 2022 a noviembre 2023).

N° esperado de participantes: 90

Criterios de Inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión, pacientes entre 30 y 60 años de edad, pacientes masculinos y femeninos, pacientes diagnosticados con tendinitis de manguito rotador, pacientes con dolor a nivel de hombro, pacientes que hayan firmado un consentimiento informado para aceptar el estudio, pacientes con articulación del hombro limitada. pacientes del Departamento de Medicina Física de un hospital de la sanidad en lima, pacientes titulares en actividad y/o retirados.

Criterios de exclusión, pacientes diagnosticados con patologías de la columna vertebral (dolor irradiado a columna cervical), pacientes con secuelas neurológicas, pacientes con tendinitis del manguito rotador post COVID-19, pacientes con mala consolidación ósea a nivel de cintura escapular y humero, pacientes que no reconocen el comando, pacientes después de la cirugía

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

- La entrevista y la encuesta tomará un tiempo de duración de 45 minutos
- Sera de manera anónima, sin revelar su identidad.
- Se desarrollará bajo mi supervisión.

Riesgos: Su participación en el estudio *no* presenta ningún riesgo.

Beneficios:

Usted se beneficiará del presente proyecto para determinar el grado de asociación entre su miedo, su rango articular y su dolor a nivel de hombro. Y el mejor abordaje en su patología.

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 Mg. Cherly I. Reategui Pereira, con numero de celular 945216719 y con correo electrónico cirp20@hotmail.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

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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

_____ (Firma) _____
Nombre **participante:**

DNI:
Fecha: (dd/mm/aaaa)



Nombre **investigador:**
Cherly Isabel Reategui Pereira
DNI:41587127
Fecha: (dd/mm/aaaa)

_____ (Firma) _____

Nombre testigo o representante legal:
DNI:
Fecha: (dd/mm/aaaa)

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

ANEXO 4: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUCCIONES: Sr (a): Esta información será anónima, así que puede contestar con total veracidad las siguientes preguntas, lea atentamente:

SECCION 1: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Marque con (X)

TIEMPO DE SERVICIO	
5 a 10 años	
11 a 20 años	
21 a 30 años	
31 a 40 años	

SEXO	
M	
F	

EDAD	
30 a 40 años	
41 a 50 años	
51 a 60 años	

CONDICION DE SERVICIO	
ACTIVIDAD	
RETIRO	

SECCION 2: DOLOR A NIVEL DE HOMBRO

Intensidad de dolor: Escala Visual Análoga (EVA)

En el siguiente recuadro observara los números en una escala del 0 al 10 donde 0 es la ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor. Marque donde considere que Ud puede imaginar su dolor.

Marcar con un (X) el número en el cual identifique su dolor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor	Dolor Leve		Dolor Moderado		Dolor Severo		Dolor muy severo		Máximo dolor	

SECCION 3: KINESOFOBIA

A continuación, se enumeran una serie de afirmaciones. Lo que Ud. ha de hacer es indicar hasta qué punto eso ocurre en su caso según la siguiente escala:

1 Totalmente en Desacuerdo	2 Parcialmente en Desacuerdo	3 Parcialmente de Acuerdo	4 Totalmente de Acuerdo
---	---	--	--------------------------------------

Marque con un (X) las siguientes preguntas:

Nº	PREGUNTAS	1	2	3	4
1	Tengo miedo a lesionarme si hago ejercicio físico				
2	Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.				
3	Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.				
4	Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.				
5	Tengo miedo a lesionarme sin querer.				
6	Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.				
7	No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.				
8	El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme.				
9	No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.				
10	No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.				
11	Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor.				

SECCION 4: RANGO ARTICULAR

FLEXION	
ABDUCCION	
ROTACION INTERNA	
ROTACION EXTERNA	

ANEXO 5:

CARTA DE PRESENTACION

Mgtr:

Presente

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

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de segunda especialidad en Terapia Manual Ortopédica requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de ESPECIALISTA EN TERAPIA MANUAL ORTOPEDICA

El título nombre de mi proyecto de investigación es ASOCIACION ENTRE LA KINESOFobia, INTENSIDAD DEL DOLOR Y RANGO ARTICULAR EN PACIENTES CON TENDINITIS DEL MANGUITO ROTADOR DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU, LIMA, 2023 siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a Usted, ante su connotada experiencia en temas de Metodología.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.
- Ficha de recolección de datos

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

Atentamente,



CHERLY I. REATEGUI PEREIRA
D.N.I: 41587127

ASOCIACION ENTRE LA KINESOFOBIA, INTENSIDAD DEL DOLOR Y RANGO ARTICULAR EN PACIENTES CON TENDINITIS DEL MANGUITO ROTADOR DE UN HOSPITAL DE LA SANIDAD, LIMA, 2023.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: KINESOFOBIA							
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Tengo miedo a lesionarme si hago ejercicio físico	X		X		X		
2	Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.	X		X		X		
3	Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.	X		X		X		
4	Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.	X		X		X		
5	Tengo miedo a lesionarme sin querer.	X		X		X		
6	Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.	X		X		X		
7	No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.	X		X		X		
8	El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme.	X		X		X		
9	No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.	X		X		X		
10	No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.	X		X		X		
11	Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor.	X		X		X		
	VARIABLE 2 : DOLOR							
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Grado de dolor expresado por el paciente	X		X		X		
	VARIABLE 3 : RANGO ARTICULAR							
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Grado de amplitud de movimiento recorrido en la flexión, abducción, rotación interna, rotación externa	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Cynthia Ruth Zevallos Vasquez

DNI: 43602730

Correo institucional: Cynthia.zevallos.cz@gmail.com

Especialidad del validador: MAESTRIA EN GESTION EN SERVICIO A LA SALUD – ESPECIALIDAD EN TERAPIA MANUAL ORTOPEDICA

Metodólogo

Temático

Estadístico

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

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

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

18 de Julio de 2023



Firma del experto informante

ASOCIACION ENTRE LA KINESOFOBIA, INTENSIDAD DEL DOLOR, RANGO ARTICULAR EN PACIENTES CON TENDINITIS DEL MANGUITO ROTADOR DE UN HOSPITAL DE LA SANIDAD, LIMA, 2023.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: KINESOFOBIA							
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Tengo miedo a lesionarme si hago ejercicio físico	X		X		X		
2	Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.	X		X		X		
3	Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.	X		X		X		
4	Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.	X		X		X		
5	Tengo miedo a lesionarme sin querer.	X		X		X		
6	Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.	X		X		X		
7	No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.	X		X		X		
8	El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme.	X		X		X		
9	No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.	X		X		X		
10	No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.	X		X		X		
11	Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor.	X		X		X		
	VARIABLE 2 : DOLOR							
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Grado de dolor expresado por el paciente	X		X		X		

VARIABLE 3 : RANGO ARTICULAR								
		Si	No	Si	No	Si	No	
Grado de amplitud de movimiento recorrido en la flexión, abducción , rotación interna, rotación externa		X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia: SI HAY SUFICIENCIA)

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

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Gisela Odelí Gutierrez Leon

DNI: 41103256

Correo institucional:

Especialidad del validador: MAESTRIA EN DOCENCIA Y GESTION EDUCATIVA

Metodólogo [X] **Temático** [] **Estadístico** []

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

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

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

18 de Julio de 202



Firma del experto inform

ASOCIACION ENTRE LA KINESOFOBIA, INTENSIDAD DEL DOLOR, RANGO ARTICULAR EN PACIENTES CON TENDINITIS DEL MANGUITO ROTADOR DE UN HOSPITAL DE LA SANIDAD, LIMA, 2023.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: KINESOFOBIA							
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Tengo miedo a lesionarme si hago ejercicio físico	X		X		X		
2	Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.	X		X		X		
3	Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.	X		X		X		
4	Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.	X		X		X		
5	Tengo miedo a lesionarme sin querer.	X		X		X		
6	Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.	X		X		X		
7	No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.	X		X		X		
8	El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme.	X		X		X		
9	No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.	X		X		X		
10	No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.	X		X		X		
11	Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor.	X		X		X		
	VARIABLE 2 : DOLOR							
		Si	No	Si	No	Si	No	

	Grado de dolor expresado por el paciente	X		X		X		
	VARIABLE 3 : RANGO ARTICULAR							
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Grado de amplitud de movimiento recorrido en la flexión, abducción, rotación interna, rotación externa	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

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

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Cynthia Maribel Ramirez Ramos

DNI: 43382479

Correo institucional: maribel_lexia@hotmail.com

Especialidad del validador: MAESTRIA EN GESTION EN SERVICIO A LA SALUD –

Metodólogo [X] Temático [] Estadístico []

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

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

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

18 de Julio de 2023



Firma del experto informante

**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
KINESOFOBIA**

PACIENTE S	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P.11	TOTAL
1	3	4	2	3	4	4	2	3	2	3	1	31
2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	15
3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	41
4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	43
5	4	4	4	4	1	2	2	2	2	2	2	29
6	3	3	4	3	2	4	4	3	2	2	2	32
7	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	29
8	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	43
9	4	4	4	4	1	2	2	2	2	2	2	29
10	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	43
11	4	4	4	4	1	2	2	2	2	2	2	29
VARIANZA	0.79	0.41	0.98	0.43	1.87	1.17	0.88	0.98	0.78	1.107	1.339	68.8

Alpha de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Donde:

K: 11
 $\sum V_i$: 10.6
 $\sum V_i^2$: 3
 V_t : 68.8

$\alpha = 0.93$

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,930	11

NOMBRE DEL TRABAJO
PROYECTO DE TESIS

AUTOR
Lic. cherly Reategui

RECUENTO DE PALABRAS
13941 Words

RECUENTO DE CARACTERES
78061 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS
69 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO
257.1KB

FECHA DE ENTREGA
Aug 7, 2023 1:55 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME
Aug 7, 2023 1:57 PM GMT-5

● **16% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- 4% Base de datos de trabajos entregados

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material **bibliográfico**
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

● 16% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% 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	4%
2	hdl.handle.net Internet	4%
3	repositorio.upads.edu.pe Internet	1%
4	repositorio.utn.edu.ec Internet	<1%
5	slideshare.net Internet	<1%
6	docplayer.es Internet	<1%
7	Submitted on 1688234927036 Submitted works	<1%
8	uwiener on 2023-04-14 Submitted works	<1%