



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

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

Tesis

Nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física
de Lima, periodo 2024

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

Presentado por:

Autora: Simón Berrospi, Yovana Ysabel


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3323-8571>

Asesor: Mg. Melgarejo Valverde, José Antonio

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8649-0925>

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

Yo, Bach. Simón Berrospi, Yovana Ysabel egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Nivel de Kinesiofobia en Pacientes con Dolor Lumbar de un Centro de Terapia Física de Lima, Periodo 2024” Asesorado por el docente: MG. Melgarejo Valverde , José Antonio DNI 06230600 ORCID 0000-0001-86490925 tiene un índice de similitud de 18% (Dieciocho) con código oid 14912393558423 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Nombres y apellidos del Egresado
 Simón Berrospi, Yovana Ysabel
 DNI:40832785



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor
 MG. José Antonio, Melgarejo Valverde
 DNI: 06230600

Lima, 15 de Noviembre del 2024

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño

a ti dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa con mucho cariño principalmente a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. gracias por todo papa y mama por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les dedico de todo corazón y el que estén conmigo a mi lado. Los quiero mucho y este trabajo que me llevo un año hacerlo es para ustedes, por ser la menor de sus hijas aquí esta lo que ustedes me brindaron. dedico mi tesis a mi hermano Javier Simón que en vida fue.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos son los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. También son los que me han brindado el soporte material y económico para poder concentrarme en los estudios y nunca abandonarlos, a mi hermana Norma Simón Berrospi, por brindarme su apoyo incondicional día a día a mí por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones precisas no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada. Gracias por su guía y todos sus consejos, los llevaré grabados para siempre en la memoria en mi futuro profesional. Asimismo, quisiera expresar mi gratitud a todas las personas que contribuyeron con el desarrollo de mi investigación. Agradezco a todos los que me ayudaron a recopilar datos y a aquellos que dedicaron su tiempo a revisar mi trabajo. Los comentarios de mejora, las sugerencias de bibliografía, las entrevistas y sendas conversaciones para revisar conceptos, propuestas y análisis son la base de estas páginas. Esta tesis no sería la que es sin sus recomendaciones.

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice general.....	v
Índice de tablas.....	vi
Índice de figuras.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	xi

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.2 Formulación del problema.....	14
1.2.1 Problema general.....	14
1.2.2 Problema específico.....	14
1.3 Objetivos de la investigación.....	14
1.3.1 Objetivo general.....	14
1.3.2 Objetivos específicos.....	14
1.4 Justificación de la investigación.....	15
1.4.1 Justificación teórica.....	15
1.4.2 Justificación metodológica.....	15
1.4.3 Justificación practica.....	15
1.5 Limitaciones de la investigación.....	16

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.....	17
2.2 Base teórica.....	22

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación.....	26
3.2 Enfoque de la investigación	26
3.3 Tipo y nivel de investigación.....	26
3.4 Diseño de la investigación	27
3.5 Población, muestra y muestreo.....	27

3.6	Variables y operacionalización.....	29
3.7	Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	31
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	32
3.9	Aspectos éticos	33

CAPITULO IV PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4.1	Análisis de los resultados	34
4.2	Discusión de los resultados.....	42

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones	44
5.2	Recomendaciones	44

CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

Anexo N° 1:	Matriz de consistencia	52
Anexo N° 2:	Instrumento	53
Anexo N° 3:	Validez de instrumento de medición.....	55
Anexo N° 4:	Formato de consentimiento informado	61
Anexo N° 5:	Carta de solicitud a la institución para la recolección	63
Anexo N° 6:	Carta de aceptación para la recolección de datos	64
Anexo N° 7:	Carta de Aprobación del comité de ética.....	65
Anexo N° 8:	Informe del porcentaje del Turnitin.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

1.	Tabla No 1 Distribución por grupo etario de la muestra.	Pag. 34
2.	Tabla No 2 Distribución por sexo de la muestra.	Pag. 36
3.	Tabla No 3 Distribución por IMC de la muestra.	Pag. 37
4.	Tabla No 4 Distribución del nivel de kinesiofobia.	Pag. 38
5.	Tabla No 5 Distribución del nivel de kinesiofobia según la edad.	Pag. 39
6.	Tabla No 6 Distribución del nivel de kinesiofobia según el sexo.	Pag. 40
7.	Tabla No 7 Distribución del nivel kinesiofobia según el Índice de Masa Corporal (IMC).	Pag. 41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1.	Figura No 1 Distribución por grupo etario de la muestra.	Pag. 35
2.	Figura No 2 Distribución por sexo de la muestra.	Pag. 36
3.	Figura No 3 Distribución por IMC de la muestra.	Pag. 37
4.	Figura No 4 Distribución del nivel de kinesiofobia.	Pag. 38
5.	Figura No 5 Distribución del nivel de kinesiofobia según la edad.	Pag. 39
6.	Figura No 6 Distribución del nivel de kinesiofobia según el sexo.	Pag. 40
7.	Figura No 7 Distribución del nivel kinesiofobia según el Índice de Masa Corporal (IMC).	Pag. 41

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de kinesiophobia en pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. **Materiales y Métodos:** El enfoque fue cuantitativo, se utilizó la escala de Tampa de kinesiophobia, los pacientes fueron de ambos sexos

Resultados: Se observa una prevalencia mayoritaria de pacientes entre 35 y 39 años, representado por el 29.47%. El 27.37% de los pacientes tiene entre 25 y 29 años. El 22.11% tiene entre 30 y 34 años. El 21.05% tiene entre 40 y 45 años. La muestra estuvo representada por una mayoría el género femenino, con un 63.16%, El 25.26% se encuentra bajo de peso. El 15.79% se encuentra con sobrepeso. El 15.79% tiene obesidad grado II. El 14.74% tiene obesidad grado II. Se aprecia que el 50.53% de los pacientes tiene un alto nivel de kinesiophobia, El 100% de los pacientes con edades entre 35 y 45 años tiene un nivel alto de kinesiophobia. El 66% de los hombres tiene un nivel alto de kinesiophobia, mientras que el 34% restante tiene un nivel bajo de kinesiophobia El 52% de los pacientes con peso normal tiene un alto nivel de kinesiophobia. El 53% de los pacientes con sobrepeso tiene un bajo nivel de kinesiophobia. El 71% de los pacientes con obesidad grado I tiene un alto nivel de kinesiophobia. El 60% de los pacientes con obesidad grado II tiene un bajo nivel de kinesiophobia. **Conclusiones:** Se observa una prevalencia mayoritaria de pacientes entre 35 y 39 años, la muestra estuvo representada por una mayoría el género femenino, más de la mitad de los pacientes se encuentran con un sobrepeso, se aprecia que entre los pacientes se presenta un alto nivel de kinesiophobia, se aprecia que los pacientes con edades entre 35 y 45 años tienen un nivel alto de kinesiophobia, se aprecia que los hombres tienen un nivel más alto de kinesiophobia y se aprecia que la kinesiophobia y el IMC no guarda una relación directa con la población de estudio ya que los resultados son variables.

Palabras Claves: Kinesiophobia, Dolor lumbar, características sociodemográficas, IMC

ABSTRAC

Objective: To determine the level of kinesiophobia in patients with lower back pain at a physical therapy center in Lima during 2024. **Materials and Methods:** The study had a quantitative approach and used the Tampa Scale for Kinesiophobia. Patients of both sexes were included. **Results:** A higher prevalence of patients was observed in the 35 to 39 age group, representing 29.47%. 27.37% of patients are between 25 and 29 years old. 22.11% are between 30 and 34 years old. 21.05% are between 40 and 45 years old. The sample was predominantly female, at 63.16%. 25.26% of patients are underweight. 15.79% are overweight. 15.79% have Class II obesity. 14.74% have Class I obesity. It was found that 50.53% of patients have a high level of kinesiophobia. 100% of patients aged between 35 and 45 years have a high level of kinesiophobia. 66% of men have a high level of kinesiophobia, while the remaining 34% have a low level of kinesiophobia. 52% of patients with normal weight have a high level of kinesiophobia. 53% of patients who are overweight have a low level of kinesiophobia. 71% of patients with Class I obesity have a high level of kinesiophobia. 60% of patients with Class II obesity have a low level of kinesiophobia. **Conclusions:** A higher prevalence of patients was observed in the 35 to 39 age group. The sample was predominantly female, and more than half of the patients were overweight. A high level of kinesiophobia was noted among the patients. Patients aged between 35 and 45 years had a high level of kinesiophobia, and men exhibited a higher level of kinesiophobia. There is no direct relationship between kinesiophobia and IMC in the study population, as results were variable.

Keywords: Kinesiophobia, Lower back pain, Sociodemographic characteristics, IMC

INTRODUCCIÓN

La kinesiophobia es el miedo al movimiento físico debido a la creencia de que causará dolor o daño. Este temor puede agravar el dolor lumbar, ya que el miedo a moverse puede llevar a la inactividad y, a largo plazo, al debilitamiento muscular y mayor rigidez, empeorando la condición. La intervención adecuada puede ayudar a romper este ciclo.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El dolor lumbar representa una de las causas principales de discapacidad, impactando a personas de todas las edades a nivel global (1). En el año 2020, se registraron 619 millones de casos, y las proyecciones indican que este número podría incrementarse a 843 millones para el año 2050 (2). Esta afección, que compromete seriamente la calidad de vida de millones de individuos, plantea un desafío significativo para los sistemas de salud en todo el mundo, debido a su alta prevalencia y al impacto considerable en la funcionalidad y el bienestar de quienes la padecen (3).

Un factor crítico que complica el manejo del dolor lumbar es la kinesiofobia, definida como el miedo patológico al movimiento debido al temor de sufrir dolor o daño adicional (4). La kinesiofobia puede perpetuar el ciclo de dolor e inactividad, resultando en una cronicidad del dolor lumbar y en una disminución de la funcionalidad física y psicológica de los pacientes (5). La percepción del dolor varía entre personas y puede depender de factores como el género, la edad y experiencias previas. Evitar movimientos dolorosos después de una lesión aguda puede prevenir daños y ayudar en una recuperación rápida; sin embargo, mantener esta evitación demasiado tiempo puede dificultar la recuperación, prolongar el dolor y aumentar las limitaciones (6).

Se han subrayado la necesidad de abordar la kinesiofobia en los programas de rehabilitación para mejorar los resultados a largo plazo y reducir la carga socioeconómica del dolor lumbar crónico. Un estudio realizado reveló que el 30% de los pacientes con altos niveles de kinesiofobia tuvo peores resultados de rehabilitación y un mayor deterioro de la capacidad funcional preoperatoria (7). Mientras que, “pacientes con dolor lumbar desarrollaron kinesiofobia más severa, independientemente de la gravedad del dolor; también, la kinesiofobia afecta negativamente la calidad de vida” (8). Otra investigación menciona que la atención excesiva a los estímulos relacionados con el dolor y el recuerdo del dolor de una lesión (promedio de cuatro años antes) pueden contribuir a la experiencia del miedo al movimiento y la nueva lesión (9).

En Perú, el dolor lumbar es una causa frecuente de consultas médicas y discapacidad. No obstante, hay una notable carencia de investigaciones que aborden específicamente la kinesiofobia en relación con el dolor lumbar y otros factores asociados. En un estudio se identificó que más del 50% de pacientes con dolor lumbar reportó niveles moderado de discapacidad (10). Mientras que, en otro estudio se observó una relación entre el nivel de kinesiofobia con la edad y la ocupación, en una población de 210 pacientes adultos mayores con dolor lumbar crónico inespecífico (11).

En un centro de terapia física de Lima, se ha reportado un grupo con kinesiofobia, principalmente entre los pacientes con dolor lumbar. Además, se ha notado que la kinesiofobia no solo retrasa el proceso de recuperación, sino que también incrementa la necesidad de intervenciones terapéuticas prolongadas entre los pacientes. Por lo tanto, esta situación plantea la necesidad de determinar el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima?
2. ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar según la edad de un centro de terapia física de Lima?
3. ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar según el sexo de un centro de terapia física de Lima?
4. ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar según el Índice de masa corporal (IMC) de un centro de terapia física de Lima?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima
2. Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar según la edad de un centro de terapia física de Lima
3. Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar según el sexo de un centro de terapia física de Lima

4. Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar según el Índice de masa corporal (IMC) de un centro de terapia física de Lima

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

La kinesiofobia, o el miedo al movimiento asociado al dolor, es un fenómeno bien documentado en la literatura científica, pero su impacto específico en el dolor lumbar requiere una investigación más profunda. La teoría sostiene que la kinesiofobia puede exacerbar los síntomas de dolor lumbar y limitar la capacidad funcional de los pacientes, influenciando negativamente su recuperación. La justificación teórica para llevar a cabo esta investigación sobre el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar se basa en su potencial para enriquecer de manera considerable el conjunto de conocimientos científicos existentes.

1.4.2. Justificación Metodológica

La justificación metodológica radica en la aplicación de un cuestionario específicamente diseñado para una población con dolores musculoesqueléticos. La ficha de recolección de datos incluye preguntas que capturan información sociodemográfica de los participantes, como la edad y el género, y mide el nivel de kinesiofobia utilizando la Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK-11). Este instrumento, validado por jueces expertos, garantiza su fiabilidad. Por lo tanto, esta investigación no solo aporta una validación adicional del cuestionario, sino que también ofreció información valiosa sobre la kinesiofobia.

1.4.3. Justificación Práctica

La kinesiofobia puede perpetuar el dolor lumbar al restringir la movilidad y la participación en actividades físicas. Al evaluar y tratar la kinesiofobia, es posible implementar medidas preventivas para evitar que el dolor agudo se convierta en

crónico, facilitando así una recuperación más rápida y completa. Al obtener hallazgos obtenidos en esta investigación, se logró optimizar los programas de ejercicio y las estrategias de manejo del dolor. Los resultados sobre el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar puede informar y capacitar a los profesionales de la salud sobre la importancia de abordar el componente psicológico del dolor. La educación basada en estos resultados puede mejorar la calidad de la atención y la efectividad de las intervenciones.

1.5. Limitaciones de la investigación

- ✓ Limitantes en la recolección de antecedentes nacionales e internacionales, sobre el tema investigado.
- ✓ Limitantes en la gestión administrativa, en la recolección de datos, relacionados a los permisos de la entidad, y horarios libres de los investigadores, para su ejecución.
- ✓ Demora en la presentación previa, a la entidad que se ejecutaría la investigación.
- ✓ Aquellos pacientes, que no asistían a sus terapias, por interconsultas con otras especialidades, reprogramando sus asistencias, y retrasando la recolección del dato.
- ✓ Factor económico del investigador, dado que este trabajo fue autofinanciado.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

ALMohiza et al. (12) en su estudio tuvieron como objetivo “*Evaluar la correlación entre la kinesiofobia y el deterioro del sentido de la posición de la articulación lumbar en individuos con lumbalgia crónica*”. “Esta investigación fue de alcance descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal”. Estuvo conformado por 83 individuos (edad media = $48,9 \pm 7,5$ años) con diagnóstico de lumbalgia crónica y 95 individuos asintomáticos (edad media = $49,4 \pm 7,0$ años); los cuales se les aplicó la Escala de Tampa para la Kinesiofobia (TSK) y se empleó el inclinómetro doble digital. Los resultados fueron: La kinesiofobia mostró una correlación positiva moderada significativa ($p < 0,001$) con el LJPS (flexión: $r = 0,51$, extensión: $r = 0,41$, flexión lateral izquierda: $r = 0,37$ e inclinación lateral derecha: $r = 0,34$). Los errores en la percepción de la posición de la articulación lumbar fueron mayores en los individuos con lumbalgia crónica en comparación con los individuos asintomáticos ($p < 0,05$). Los análisis de mediación mostraron que el dolor mediaba significativamente la relación entre la kinesiofobia y la percepción de la posición de la articulación lumbar ($p < 0,05$) en los individuos con lumbalgia crónica. Se concluyó que, la kinesiofobia y la percepción de la posición de la articulación lumbar se asociaron positivamente.

John et al. (13) en su estudio tuvieron como objetivo *“Determinar la asociación entre la kinesiofobia y la edad, el índice de masa corporal, el nivel educativo más alto, la autoeficacia, la intensidad del dolor y la discapacidad en pacientes con lumbalgia crónica inespecífica”*. Esta investigación fue correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra incluyó a 224 pacientes con lumbalgia crónica inespecífica en hospitales terciarios de Nigeria. Se usaron varias escalas para evaluar la kinesiofobia, la discapacidad, la autoeficacia y la intensidad del dolor. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes tenían un “alto nivel de kinesiofobia (92%)”, “bajo nivel de autoeficacia (68.8%)”, “dolor moderado (58.0%)” y “discapacidad moderada (57.1%)”. Hubo una correlación positiva débil y significativa entre la kinesiofobia y la intensidad del dolor. El sexo, la autoeficacia, la intensidad del dolor y la discapacidad predijeron significativamente el grado de kinesiofobia. Se concluyó que los pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico tienen niveles elevados de kinesiofobia.

Van Bogaert et al. (14) en su estudio tuvieron como objetivo *“Evaluar la influencia de los niveles basales de kinesiofobia en los resultados del tratamiento de la educación en neurociencia del dolor combinada con ejercicios dirigidos a la cognición en personas con dolor vertebral crónico”*. “Esta investigación fue de alcance explicativo, de diseño experimental y de corte longitudinal”. La muestra estuvo conformada por 120 pacientes diagnosticados con dolor vertebral crónico, reclutados a través de hospitales universitarios, servicios de salud laboral y consultas de atención primaria. Se incluyeron la escala de calificación numérica del dolor, Índice de Discapacidad por Dolor (PDI), la calidad de vida (SF-36), Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) y el Cuestionario de Vigilancia, Conciencia del Dolor (PVAQ) y la Escala de Tampa para la Kinesiofobia (TSK). Los resultados fueron: Se encontró un efecto de interacción significativo de 3 vías para los modelos de PDI, PCS, PVAQ y el dominio mental SF-36, con estimaciones de -0,01, -0,01,

-0,01 y 0,07, respectivamente. Se encontró un efecto significativo de las puntuaciones basales del TSK para el dominio físico del SF-36 (estimación = -3,16). En cuanto a la escala de calificación numérica del dolor, no se observó ningún efecto significativo de las puntuaciones iniciales de la TSK. Se concluyó que enseñar neurociencia del dolor y realizar ejercicios cognitivos puede reducir la influencia negativa de la kinesiofobia previa al tratamiento en la discapacidad, la salud mental, la catastrofización del dolor y la hipervigilancia en personas con dolor vertebral crónico.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Bojanich (15) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la frecuencia de Kinesiofobia en pacientes con lumbalgia atendidos en el servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa en los meses de julio y agosto del 2023”*. “Este estudio tuvo un alcance descriptivo, de diseño observacional y de corte transversal”. Estuvo conformada por 65 pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa, los cuales se les administró un cuestionario para la recopilación de datos, y el instrumento de Tampa (TSK-11) para evaluar la presencia de Kinesiofobia. Los resultados fueron: El 60% presentó Kinesiofobia con nivel alto y el 59% era del sexo femenino. Con respecto a la edad, el 31% de los pacientes tenían entre 44 y 55 años, y el 70% de este grupo mostró un alto nivel de kinesiofobia. Además, se determinó que el 57% de los pacientes con lumbalgia tenían un peso corporal entre 61 y 80 kg, de los cuales el 59% también presentaba una alta kinesiofobia. Se concluyó que, la kinesiofobia fue común entre los pacientes con lumbalgia, siendo particularmente alta en mujeres. Las personas con mayor prevalencia de kinesiofobia tuvieron una edad promedio de 49 años y un peso de 69 kg.

Flores (16) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la relación entre la percepción de dolor lumbar y kinesiofobia en usuarios del Centro Médico FisioAdvance, Arequipa 2022”*. Esta investigación fue correlacional, de diseño observacional, transversal y

prospectivo. La muestra incluyó a 25 pacientes, hombres y mujeres, de la institución médica FísioAdvance. Se les administró la “Escala Visual Analógica (EVA) y la TSK-11SV” para determinar el “nivel de kinesiophobia”. El 44% de los pacientes padeció lumbalgia significativa, con un 52% de mujeres. No se encontró asociación significativa entre la percepción de lumbalgia y la kinesiophobia. Estos datos sugieren que, en este grupo, la gravedad del dolor lumbar no está relacionada con la prevalencia de la kinesiophobia.

Huambo et al. (17) en su estudio tuvieron como objetivo *“Determinar la relación que existe entre la intensidad de dolor y el nivel de kinesiophobia en pacientes postoperados de rodilla del servicio de RMEF de la clínica San Juan de Dios, Arequipa en el 2022”*. “Esta investigación fue de alcance correlacional, de diseño observacional, de corte transversal”. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes postoperados de rodilla del servicio de RMEF, los cuales se les administró el cuestionario TSK – 11SV para determinar el nivel de kinesiophobia y la Escala Visual Analógica (EVA) para determinar la intensidad de dolor. Los resultados fueron: El 2% de las mujeres presentó un bajo nivel de kinesiophobia y el 48% mostró un alto nivel, mientras que el 8% de los hombres tuvo un bajo nivel y el 42% presentó un alto nivel de kinesiophobia. En cuanto al dolor, el 2% de las mujeres experimentó dolor moderado y el 48% dolor severo, al igual que el 2% de los hombres con dolor moderado y el 48% con dolor severo. En general, el 10% de los pacientes tuvo un bajo nivel de kinesiophobia, mientras que el 90% mostró un nivel alto. Además, el 4% experimentó una intensidad de dolor moderada, mientras que el 96% reportó dolor severo. El coeficiente rho de Spearman ($\rho = 0.449$) indicó una relación significativa entre la intensidad del dolor y el nivel de kinesiophobia. Se concluyó que, hubo una relación positiva y de correlación regular entre las variables kinesiophobia y dolor.

Tipula (18) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la relación entre la kinesiophobia y la incapacidad funcional en pacientes con lumbalgia del Centro de Rehabilitación Física*

Neurológica - CERFINEURO, 2021". Esta investigación fue de diseño observacional, correlacional y de corte transversal. "La muestra incluyó a 80 pacientes con lumbalgia, de ambos sexos y edades entre 20 y 60 años". Se usaron la Escala de Tampa para Kinesiofobia (TSK) y el Cuestionario de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry. Los resultados mostraron que el 11% tenía baja kinesiofobia y el 89% alta kinesiofobia. Solo el 1% presentó limitación funcional moderada, el 44% discapacidad y el 55% limitación funcional máxima. Hubo una relación significativa entre la kinesiofobia y la incapacidad funcional ($p=0,004$, Spearman 0.320), así como entre la evitación de la actividad física y la incapacidad funcional ($p=0,002$, Spearman 0.340). También se encontró una relación entre el "enfoque somático de la kinesiofobia y la incapacidad funcional" ($p=0,002$, Spearman 0.340). Se concluyó que un alto porcentaje de pacientes presentaba kinesiofobia y limitación funcional. Estos hallazgos sugieren que la gravedad del dolor lumbar no está directamente relacionada con la prevalencia de la kinesiofobia en este grupo de pacientes.

2.2. Base teórica

2.2.1. Kinesiofobia

La kinesiofobia es un miedo excesivo a moverse por temor al dolor o daño debido a una lesión previa. Esta fobia puede tener graves consecuencias físicas y sociales, y está ligada a problemas de salud como el dolor lumbar crónico, el síndrome de fatiga crónica y el síndrome de dolor regional complejo (19). Puede limitar la movilidad y afectar negativamente la autonomía y la calidad de vida. La kinesiofobia puede llevar a posturas rígidas, restringiendo el movimiento y sobrecargando otras partes del cuerpo, empeorando la condición (20). Sin embargo, al analizar la relación entre la cognición, las emociones, el comportamiento y el dolor, se puede adoptar un enfoque más holístico en el tratamiento, abordando tanto los aspectos físicos como mentales y emocionales. (21). Según la evidencia, es posible emplear

técnicas terapéuticas que aborden tanto los aspectos físicos como psicológicos del dolor, con el fin de lograr una solución más efectiva y duradera. Comprender esta dualidad es esencial para el tratamiento, la prevención y la rehabilitación de los trastornos musculoesqueléticos (22).

2.2.1.1. Factores de la kinesiophobia

La kinesiophobia puede surgir por varias razones, como el dolor lumbar intenso, impredecible y difícil de controlar. También influyen experiencias previas negativas de dolor, creencias sociales sobre el dolor y la discapacidad, la búsqueda de un diagnóstico preciso que muchas veces es inalcanzable, y repetidos fracasos en el manejo del dolor (23).

Factores psicológicos como la depresión y la ansiedad, así como el contexto social y cultural, también pueden influir en la kinesiophobia. “Es fundamental identificar y tratar la kinesiophobia, ya que puede afectar la calidad de vida, limitar la capacidad para realizar actividades diarias y aumentar la dependencia de otros” (24). Por eso, es esencial un enfoque multidisciplinario para tratar el dolor lumbar que incluya la evaluación y tratamiento de la kinesiophobia.

2.2.1.2. Kinesiophobia en el dolor lumbar

Las personas que padecen lumbalgia y experimentan kinesiophobia tienden a reducir sus actividades físicas, lo que complica su proceso de recuperación. A menudo, desarrollan mecanismos de compensación para evitar movimientos en la zona lumbar, lo que puede impactar negativamente otras áreas del cuerpo. Esta conducta restrictiva puede dificultar aún más su capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas (25).

Los aspectos psicológicos desempeñan un papel crucial en la comprensión y tratamiento de quienes sufren kinesiophobia. Diversas investigaciones apoyan la efectividad de enfoques multidisciplinarios que promueven tanto la recuperación física

como mental, minimizando el impacto negativo de factores externos en la evolución de la enfermedad. Garantizar una adherencia adecuada al tratamiento reduce la probabilidad de que la patología progrese a una forma crónica (26).

2.2.1.3. Tratamiento para la kinesiophobia

Como parte del tratamiento, la recomendación inicial se centra en la realización de actividad física, con el objetivo de que el paciente pueda recuperar su estilo de vida previo a la lesión. Este enfoque busca reintegrar al paciente de manera gradual y segura en sus rutinas y actividades habituales (27). En el ámbito de la fisioterapia, se utiliza el ejercicio terapéutico para abordar de manera gradual el miedo al movimiento, incrementando progresivamente la movilidad del paciente. Las técnicas fisioterapéuticas no se enfocan en reactivar directamente el tejido dañado, sino en exponer al paciente a una serie de ejercicios escalonados. Este enfoque tiene como objetivo restaurar la función y el movimiento, permitiendo un fortalecimiento gradual y efectivo del área afectada (28).

También se sugiere la implementación de programas de terapia cognitivo-conductual para reducir las interpretaciones erróneas y el malestar psicológico que los pacientes suelen experimentar. En este contexto, es esencial ayudar al paciente a comprender lo que estuvo sucediendo y por qué siente temor. Se debe aclarar que su estado psicológico no es la causa del dolor, sino que tiene un impacto negativo en su bienestar mental. Para ambos enfoques de tratamiento, la escala Tampa Scale of Kinesiophobia puede emplearse para medir el nivel de kinesiophobia del paciente, facilitando así la evaluación de la forma más adecuada de aplicar la intervención profesional (29).

La kinesiophobia es el miedo al movimiento debido al temor al dolor, lo que puede provocar inactividad, debilitamiento muscular y aumento del dolor. En la fisioterapia para el dolor lumbar, se trabaja para reducir este miedo y lograr que el paciente

participe activamente en su recuperación. Es crucial que el paciente comprenda que el dolor lumbar no siempre indica un daño grave y que el movimiento es esencial para su mejoría. El fisioterapeuta debe planificar ejercicios graduales y progresivos que ayuden al paciente a aumentar su tolerancia de manera segura. al dolor y a la actividad física, con el propósito de fortalecer y estabilizar la columna vertebral (30).

El dolor lumbar a menudo está vinculado al estrés y la ansiedad. Por eso, es crucial que el paciente aprenda técnicas de relajación y manejo del estrés para controlar estos factores y el dolor. Si el dolor se asocia con una actividad específica, el fisioterapeuta puede ayudar a ajustar dichas actividades para disminuir la presión en la columna y prevenir lesiones futuras. El tratamiento fisioterapéutico para el dolor lumbar se centra en reducir la kinesiophobia mediante educación sobre el dolor, ejercicio progresivo, fortalecimiento muscular, técnicas de relajación y ajustes en las actividades, promoviendo así una recuperación segura y efectiva y mejorando el bienestar del paciente

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método de estudio fue “deductivo”. Este método se basa en premisas generales para llegar a conclusiones específicas. Se inicia con teorías o principios ampliamente aceptados, los cuales se aplican a situaciones concretas para obtener conclusiones derivadas de manera lógica (32).

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque de estudio fue “Cuantitativo”. Este enfoque permite recolectar datos y fenómenos estadísticos desde una perspectiva numérica. Este enfoque describe hechos con objetividad y permite la posibilidad de contrastar los resultados con otros estudios, garantizando así la validez y replicabilidad del estudio (33).

3.3. Tipo y nivel de investigación

Según Arispe; "El estudio es básico porque busca entender, actuar y ajustar según los hallazgos y avances de la investigación. Además, es descriptivo ya que se centra en detallar las características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetivos u otros fenómenos analizados" (34). El nivel de estudio fue descriptivo. El nivel descriptivo permite una descripción detallada de las características, comportamientos y fenómenos de un segmento demográfico, sin investigar las causas subyacentes de dichos fenómenos (34).

3.4. Diseño de la investigación

En este estudio se empleó el “diseño no experimental”. El diseño no experimental se centra en observar y detallar fenómenos o situaciones evitando la manipulación intencional de las variables en su totalidad. En lugar de ello, se basó principalmente en la observación de los fenómenos tal como ocurrieron de forma natural, para luego ser analizados en detalle (32).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes con respecto a los criterios de selección. Tomando de referencia a la población del periodo anterior, fue 95 individuos.

3.5.2. Muestra

“La muestra estuvo conformada por todos los pacientes con respecto a los criterios de selección” según Arispe (34).

3.5.3. Muestreo

El muestreo fue de manera “no probabilístico de tipo censal”; de acuerdo a esto, todos los pacientes estuvieron en el estudio.

Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión:**

- ✓ Pacientes de ambos géneros.
- ✓ Pacientes de 25 a 45 años de edad.
- ✓ Pacientes que presenten dolor lumbar.
- ✓ Pacientes que entiendan y acepten el consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión:**

- ✓ Pacientes con presencia de neoplasias o tumores.
- ✓ Pacientes en estado de gestación o embarazadas.
- ✓ Pacientes que no completen la encuesta.

- ✓ Pacientes con diagnóstico de fracturas.
- ✓ Pacientes post-operados en la columna vertebral.
- ✓ Pacientes con discapacidad mental.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Actividad física

Definición Operacional: Evalúa la percepción del miedo al movimiento en pacientes con preocupaciones sobre el dolor o lesiones musculoesqueléticas; mediante la “Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK-11)” de “cuatro categorías siguiendo el criterio de calificación de 1, 2, 3 y 4” que corresponden a las escalas de “Totalmente en desacuerdo, Parcialmente en desacuerdo, Parcialmente de acuerdo y Totalmente de acuerdo”. Los valores finales de la variable son: Bajo nivel de kinesiofobia = Puntajes entre 11 y 27 y Alto nivel de kinesiofobia = Puntajes entre 28 y 44.

Operacionalización de la variable:

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Valor final</i>
Kinesiofobia	No presenta dimensiones	<ul style="list-style-type: none">• Evitar el movimiento y la actividad física• Falta de confianza en las capacidades físicas• Miedo al dolor y volver a lesionarse	Ordinal	<ul style="list-style-type: none">— Bajo nivel de kinesiofobia = Puntajes entre 11 y 27— Alto nivel de kinesiofobia = Puntajes entre 28 y 44

Variable control: Características sociodemográficas

Definición Operacional: Describe y analiza los diferentes aspectos de la población en estudios sociológicos y demográficos, divididos en Edad, Sexo, Peso, Estatura e Índice de masa corporal (IMC); mediante una ficha de dos, cuatro y seis categorías.

Operacionalización de la variable control:

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Valor final</i>
Características sociodemográficas	Edad	Tiempo vivido de una persona desde su nacimiento.	Nominal	— 25 – 29 — 30 – 34 — 35 – 39 — 40 – 45
	Sexo	Conjunto de caracterizas de los individuos de una especie.	Nominal	— Masculino — Femenino
	Índice de masa corporal (IMC)	Relación entre el peso corporal y la estatura del individuo.	Ordinal	— “Bajo peso = < a 18,5” — “Peso normal = 18,5 - 24,9” — “Sobrepeso = 25,0 - 29,9” — “Obesidad grado I = 30,0 - 34,9” — “Obesidad grado II = 35,0 – 39,9” — “Obesidad grado III = > a 40”

3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

“La técnica utilizada en esta investigación fue la encuesta”. Este método permite obtener información directa de los participantes, ofreciendo una visión detallada y representativa de sus perspectivas y experiencias. Esto es crucial para entender los aspectos clave del tema de investigación (35).

3.7.2. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado en esta investigación fue la escala (Anexo 2). Esta escala fue creada para obtener respuestas detalladas que permitan una investigación exhaustiva de la pregunta de estudio y alcanzar los objetivos establecidos. Las preguntas se diseñaron para captar información relevante y precisa, facilitando un análisis integral de los datos recopilados (35).

Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK-11)

La Escala de Tampa se creó como una lista de autoinforme de 17 preguntas para evaluar el miedo al ejercicio o la actividad física. “Los resultados obtenidos indican la presencia y la gravedad de la kinesiofobia. Para la adaptación del TSK en este estudio, se utilizó la versión española (TSK-11), que incluye 11 de las 17 preguntas originales relacionadas con el dolor y la intensidad de los síntomas” (36).

Cada respuesta en el cuestionario tendrá un valor numérico que oscilará entre 1 y 4. Un valor de 1 indica que la persona evaluada estuvo completamente en desacuerdo, mientras que un valor de 2 indica desacuerdo. Un valor de 3 refleja que la persona estuvo parcialmente de acuerdo, y un valor de 4 significa que el paciente estuvo totalmente de acuerdo. “La puntuación total mínima que se puede obtener es de 11 puntos, mientras que la máxima es de 44 puntos. Una puntuación entre 11 y 27 puntos indica que el paciente presenta un bajo nivel de kinesiofobia, mientras que una puntuación entre 28 y 44 puntos sugiere un alto nivel de kinesiofobia” (37).

Ficha técnica

Nombre:	Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK-11)
Autor:	Shastri, Maitri; Nagarajan, Mageswaran y Maheshwari, Syamala
Población:	En 70 pacientes con trastornos de dolor musculoesquelético crónico.
Tiempo:	Entre abril del 2019 a mayo de 2020
Momento:	En una reunión de dos veces con un intervalo de 1 semana
Lugar:	Srinivas College of Physiotherapy and Research Centre OPD, varias clínicas privadas en y alrededor de Karnataka
Validez:	Tuvo una validez de constructo entre el Cuestionario sobre las creencias que evitan el miedo y el TSK-11, lo que este último mostraba el miedo relacionado con una nueva lesión y la reaparición de un dolor similar (38).
Confiabilidad:	Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,89 (38).
Tiempo de llenado:	4 a 8 min.
Número de ítems:	11 ítems
Dimensiones:	No presenta dimensiones
Alternativas de respuesta:	Dividido en 5 puntos, en la que los valores más altos indican un mayor riesgo de tener miedo y los más bajos un menor riesgo del mismo.
Baremos (niveles, grados) de la variable:	— Bajo nivel de kinesiofobia — Alto nivel de kinesiofobia

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron recopilados usando “Microsoft Word y procesados con IBM SPSS Statistics versión 26.0” para obtener resultados, y Microsoft Excel versión 2021 para crear tablas y gráficos. No se realizó un análisis de hipótesis, ya que el estudio se enfocó en describir la realidad. Se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (varianza, desviación estandar) para analizar variables cuantitativas. Para el análisis bivariado, se usaron pruebas de Chi cuadrado y test de Fisher debido a la naturaleza

categoría de una de las variables. Se incluyeron gráficos para facilitar la interpretación de los resultados.

3.9. Aspectos éticos

Este estudio se comprometió a adherirse a los estándares éticos establecidos para la investigación, basándose en los principios de Helsinki y las normas de la Universidad Norbert Wiener, lo cual se contó con la aprobación del “Comité de Ética de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia” para su desarrollo. Además, se busca obtener el permiso de los participantes para participar en este estudio mediante un formulario de consentimiento informado escrito en un lenguaje claro y preciso para garantizar que los participantes lo entendieran completamente.

Es importante resaltar que las decisiones de los participantes de participar o no en este trabajo han sido tratadas como información científica, y declinar del estudio si lo amerita. Los participantes no fueron expuestos a riesgos que comprometan su integridad, garantizando su confidencialidad y anonimato mediante un código de registro en la base de datos. Solo el investigador principal tendrá acceso a los datos recopilados.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

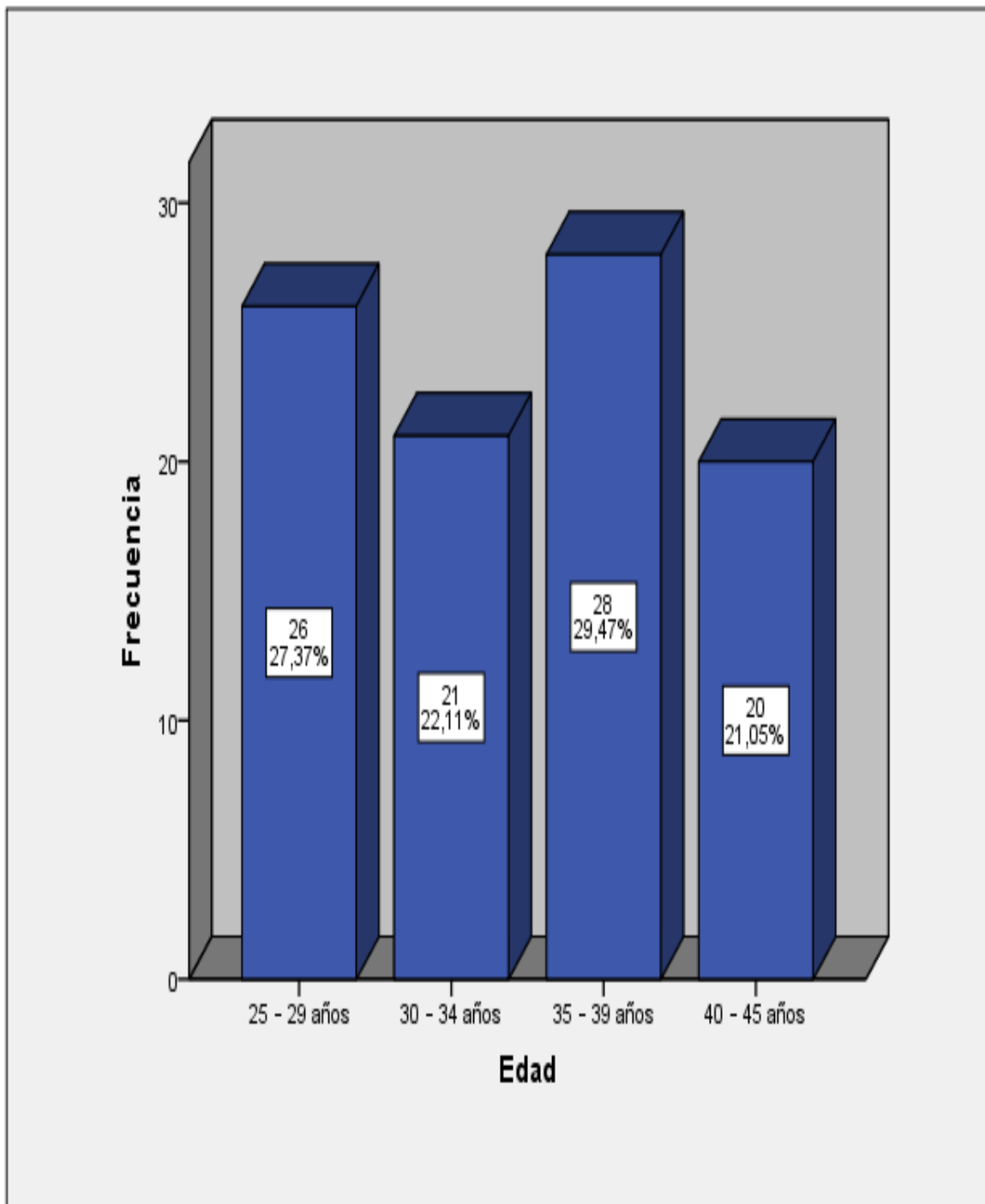
En este estudio participaron 95 pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física en Lima durante el 2024. Incluye a hombres y mujeres que cumplieron con los criterios mencionados. A continuación, se presentan los resultados.

4.1.1 Características sociodemográficas de la muestra

Tabla n.º1: Grupo etario de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
25 – 29	26	27,4	27,4
30 – 34	21	22,1	49,5
35 – 39	28	29,5	78,9
40 – 45	20	21,1	100
Total	95	100	

Figura n.º1: Grupo etario de la muestra.

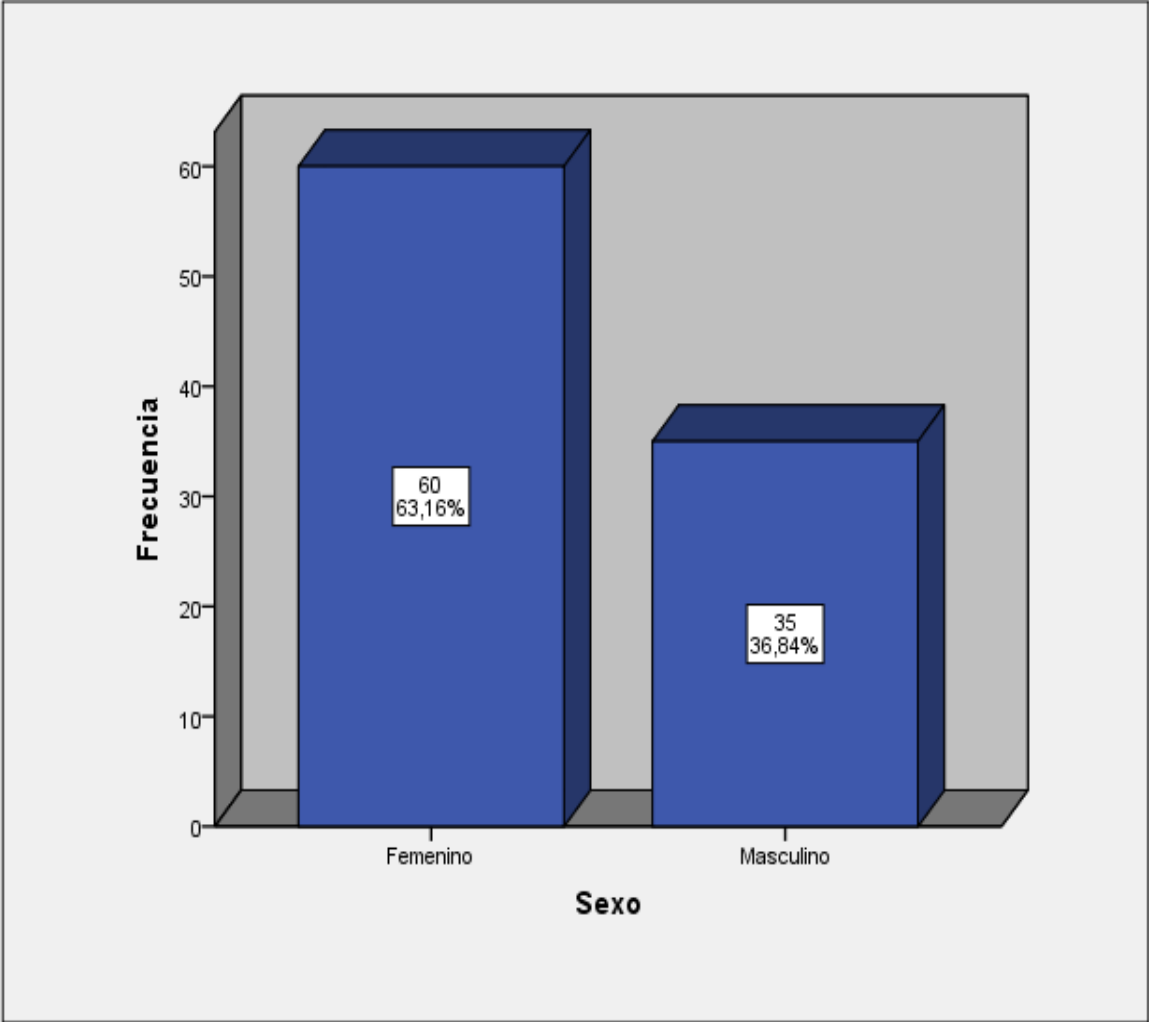


La Tabla y la Figura n.º1 Se observa una prevalencia mayoritaria de pacientes entre 35 y 39 años, representado por el 29.47%. El 27.37% de los pacientes tiene entre 25 y 29 años. El 22.11% tiene entre 30 y 34 años. El 21.05% tiene entre 40 y 45 años.

Tabla n.º2: Sexo de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	60	63,2	63,2
Masculino	35	36,8	100
Total	95	100	

Figura n.º2: Sexo de la muestra.

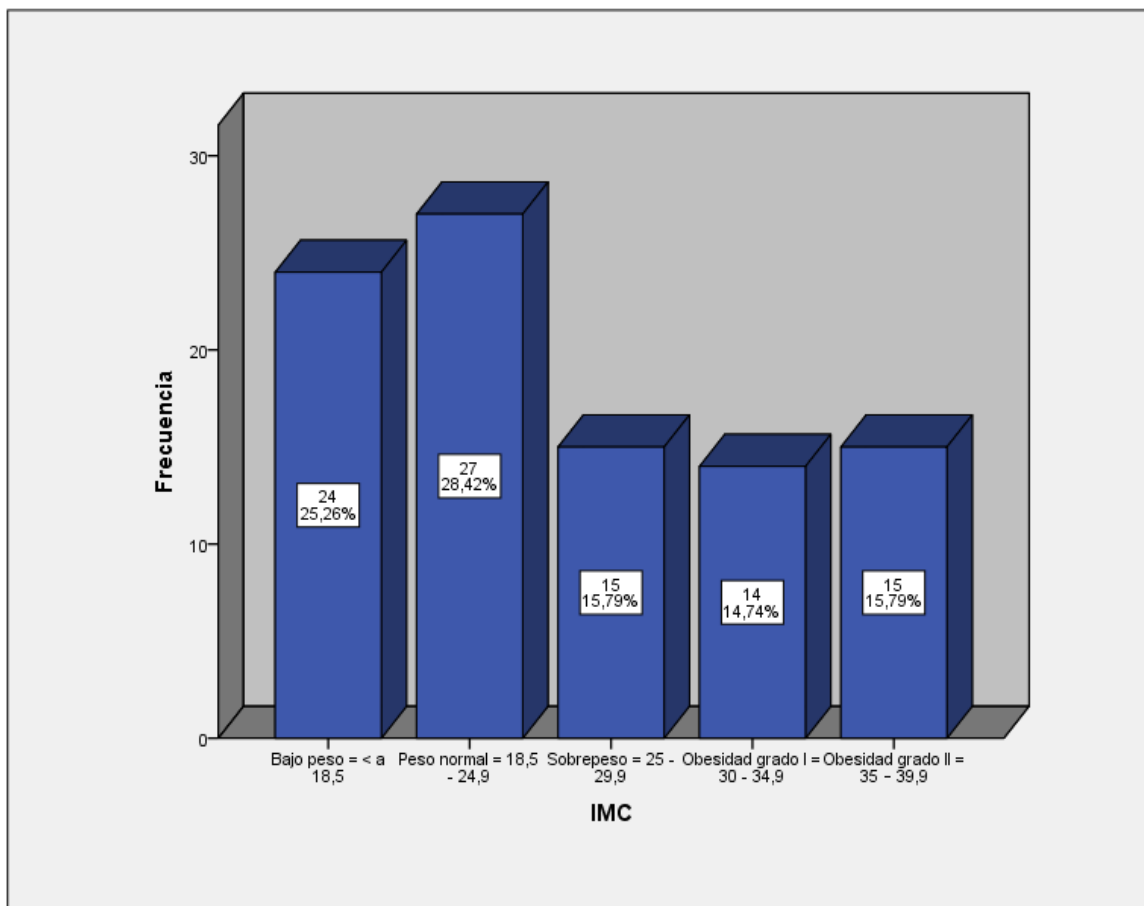


La Tabla y la Figura n.º2. La muestra estaba compuesta mayoritariamente por mujeres, que representaban el 63.16%, mientras que el 36.84% restante eran hombres.

Tabla n.º3: El IMC de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo peso = < a 18,5	24	25,3	25,3
Peso normal = 18,5 - 24,9	27	28,4	53,7
Sobrepeso = 25 - 29,9	15	15,8	69,5
Obesidad grado I = 30 - 34,9	14	14,7	84,2
Obesidad grado II = 35 - 39,9	15	15,8	100
Total	95	100	

Figura n.º3: El IMC de la muestra.



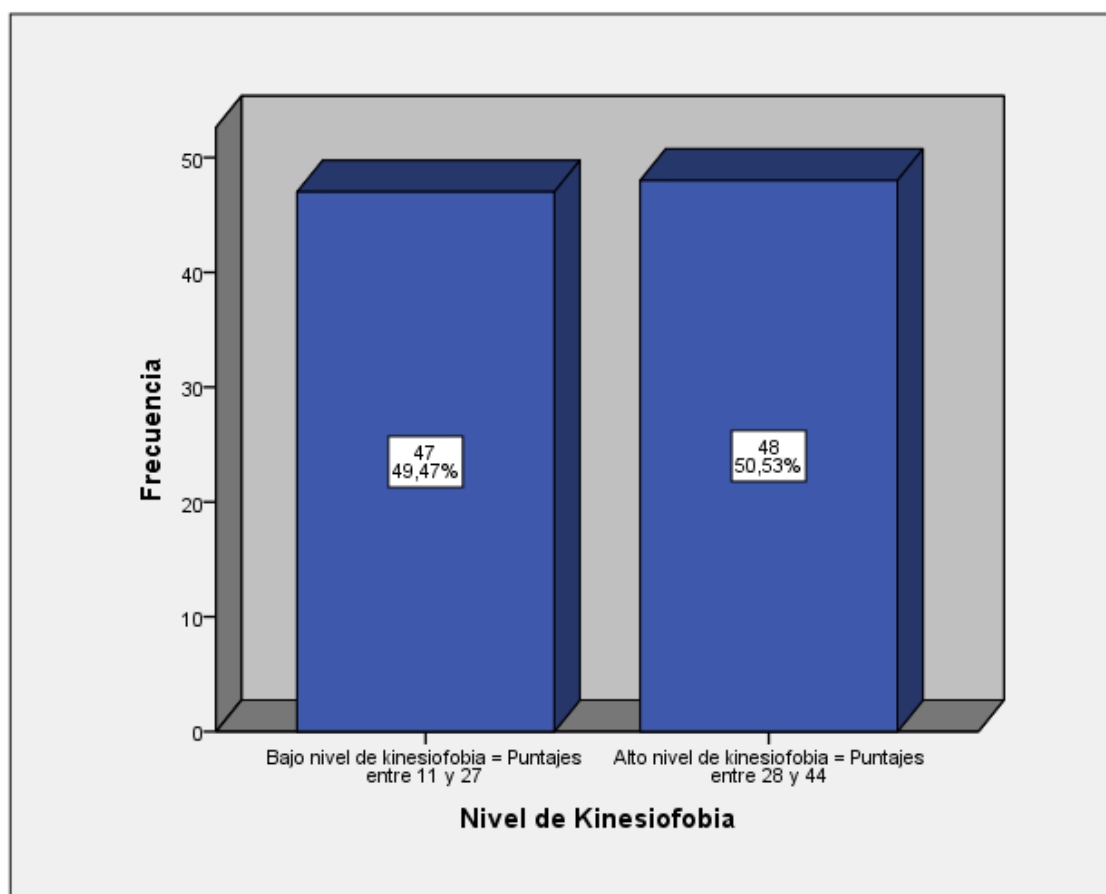
La Tabla y la Figura n.º3. El 28.42% de los pacientes se encuentra con un peso normal. El 25.26% se encuentra bajo de peso. El 15.79% se encuentra con sobrepeso. El 15.79% tiene obesidad grado II. El 14.74% tiene obesidad grado II.

4.1.2 Características clínicas de la muestra

Tabla n.º4: Nivel de kinesiophobia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo nivel de kinesiophobia = Puntajes entre 11 y 27	47	49,5%	49,5%
Alto nivel de kinesiophobia = Puntajes entre 28 y 44	48	50,5%	100%
Total	95	100%	

Figura n.º4: Nivel de kinesiophobia.

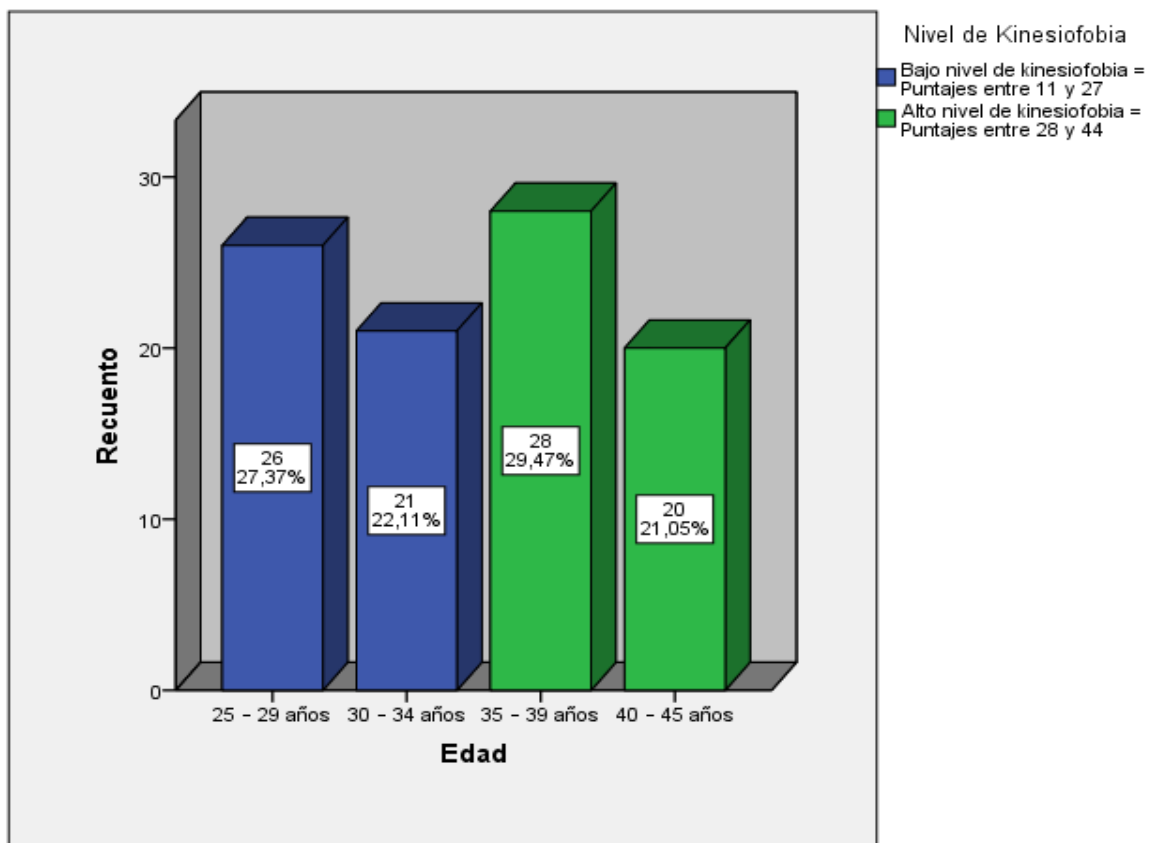


La Figura y Tabla n.º4. Se aprecia que el 50.53% de los pacientes tiene un alto nivel de kinesiophobia, mientras que el 49.47% tiene un bajo nivel de kinesiophobia.

Tabla n.º5: Nivel de kinesiophobia según la edad.

		Nivel de Kinesiophobia			
		Bajo nivel de kinesiophobia		Alto nivel de kinesiophobia	
Edad		Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila
	25 – 29	26	100%	0	0%
	30 – 34	21	100%	0	0%
	35 – 39	0	0%	28	100%
	40 – 45	0	0%	20	100%

Figura n.º5: Nivel de kinesiophobia según la edad.

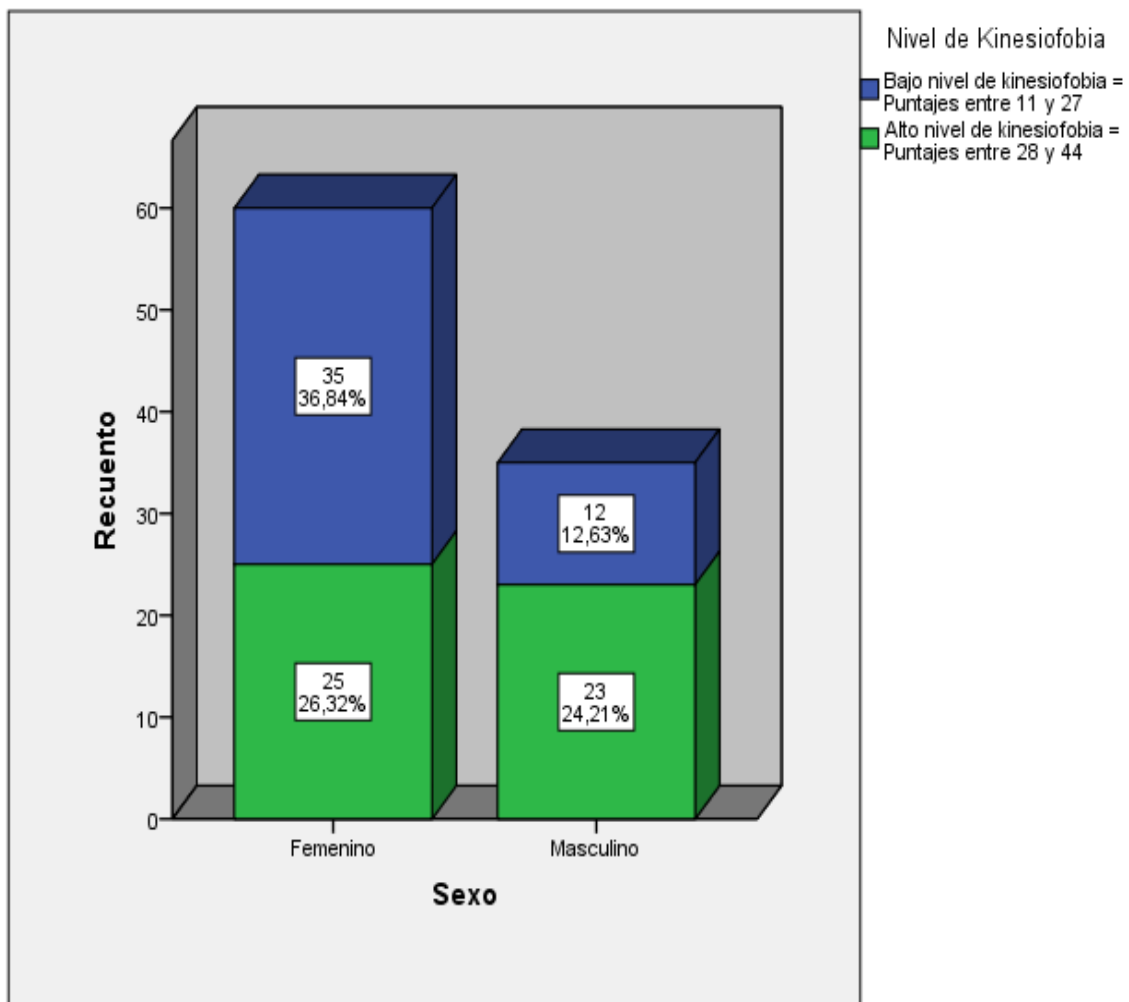


La Figura y Tabla n.º5. El 100% de los pacientes con edades entre 25 y 34 años tienen un nivel bajo de kinesiophobia. El 100% de los pacientes con edades entre 35 y 45 años tiene un nivel alto de kinesiophobia.

Tabla n.º6: Nivel de kinesiophobia según el sexo.

		Nivel de Kinesiophobia			
		Bajo nivel de kinesiophobia		Alto nivel de kinesiophobia	
		Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila
Sexo	Femenino	35	58,3%	25	41,7%
	Masculino	12	34,3%	23	65,7%

Figura n.º6: Nivel de kinesiophobia según el sexo.

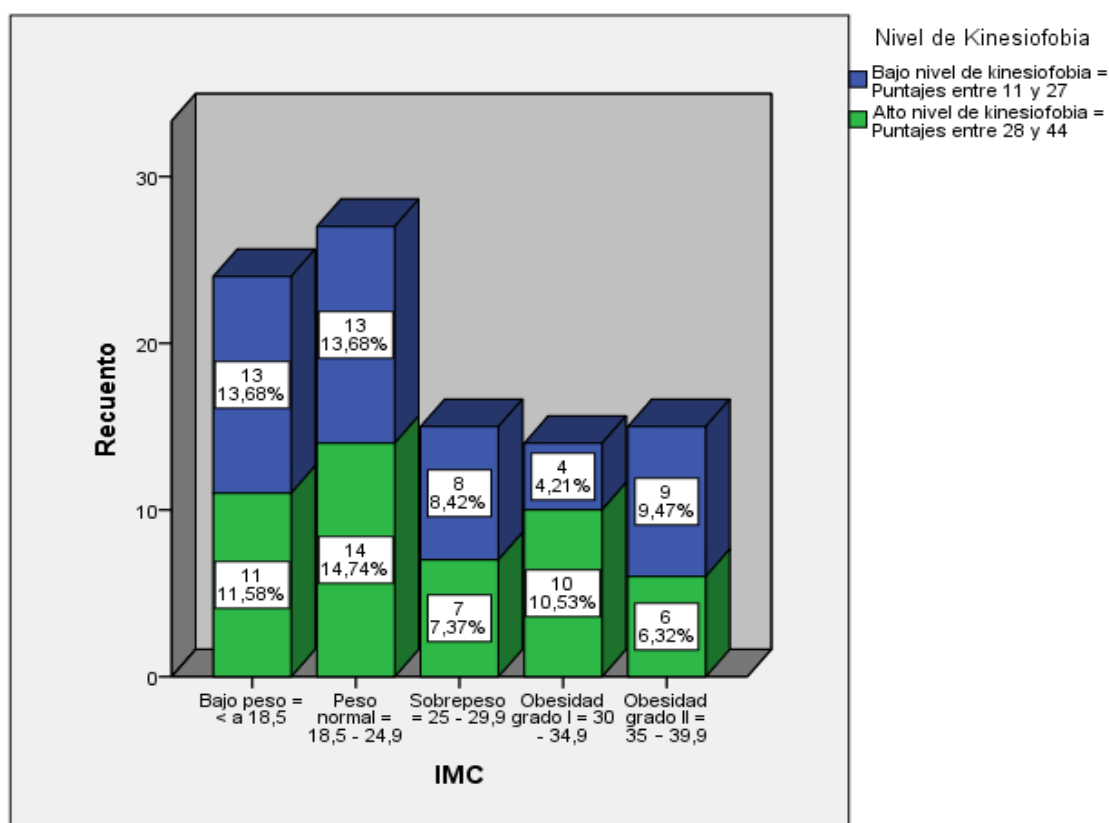


La Figura y Tabla n.º6. El 58% Las mujeres tienen un nivel bajo de kinesiophobia, mientras que el 42% tiene un nivel alto. El 66% de los hombres tiene un nivel alto de kinesiophobia, mientras que el 34% restante tiene un nivel bajo de kinesiophobia.

Tabla n.º7: Nivel de kinesiophobia según el Índice de Masa Corporal (IMC).

	Nivel de Kinesiophobia			
	Bajo nivel de kinesiophobia		Alto nivel de kinesiophobia	
	Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila
Bajo peso	13	54,2%	11	45,8%
Peso normal	13	48,1%	14	51,9%
IMC Sobrepeso	8	53,3%	7	46,7%
Obesidad grado I	4	28,6%	10	71,4%
Obesidad grado II	9	60%	6	40%

Figura n.º7: Nivel de kinesiophobia según el Índice de Masa Corporal (IMC).



La Figura y Tabla n.º7. El 54%. El 52% de los pacientes con peso normal tiene un alto nivel de kinesiophobia. El 53% de los pacientes con sobrepeso tiene un bajo nivel de kinesiophobia. El 71% de los pacientes con obesidad grado I tiene un alto nivel de kinesiophobia. El 60% de los pacientes con obesidad grado II tiene un bajo nivel de kinesiophobia.

4.2 Discusión de Resultados

- ✓ Los resultados obtenidos con respecto a la edad revelan que el grupo demográfico analizado comprendía individuos de 25 a 45 años, siendo predominantemente representado por pacientes de entre 35 y 39 años, que, a su vez, representan el 29.47% del total. Esta distribución no guarda parecido con el trabajo utilizado como referencia de ALMohiza et al. (12), donde la edad media de pacientes con lumbalgia y asintomáticos fue de 48.9 años, una edad promedio que excede el rango de nuestro estudio. También se encontró una diferencia en la distribución del trabajo de Bojanich (15), donde la mayoría de los pacientes con lumbalgia tenía edades entre 44 y 55 años.
- ✓ En relación con la distribución de género, nuestro estudio demuestra una mayoría de sexo femenino, con un 63.16% del total. Esta distribución guarda una ligera relación con la encontrada en el trabajo de Flores (16), donde la mayoría también fue de mujeres, aunque en esta oportunidad solo con un 52% del total.
- ✓ En cuanto a la distribución del IMC, nuestros hallazgos indican una prevalencia mayoritaria del grupo con peso normal, representado por el 28.42% del total; seguido del grupo con bajo peso, representado por el 25.26%.
- ✓ Respecto a la distribución del nivel de kinesiofobia, el 50.53% de los pacientes evidencia un alto nivel de kinesiofobia, mientras que el 49.47% de los pacientes tiene un bajo nivel de kinesiofobia. Estos hallazgos no guardan relación con lo encontrado en el trabajo de John et al. (13), donde el 92% de la población estudiada presentó un alto nivel de kinesiofobia. También discrepamos del trabajo de Tipula (18), donde el 89% de los pacientes estudiados presentó un alto nivel de kinesiofobia. Discrepamos, además, del trabajo de Huambo et al. (17), donde el 90% de los pacientes post operados de rodilla presentaron un alto nivel de kinesiofobia.

- ✓ En cuanto a la distribución del nivel de kinesiophobia según la edad, todos los pacientes con edades entre 25 y 34 años presentaron un bajo nivel de kinesiophobia, mientras que los pacientes entre 35 y 45 años presentaron un alto nivel de kinesiophobia. Se aprecia que, para la muestra, a mayor edad, mayor es el nivel de kinesiophobia.
- ✓ Respecto a la distribución del nivel de kinesiophobia según el sexo, el 58% de las mujeres presentaron un bajo nivel de kinesiophobia. El 66% de los hombres presentaron un alto nivel de kinesiophobia. Coincidimos con los hallazgos de Bojanich (15), donde se encontró que, del total de pacientes con alto nivel de kinesiophobia, el 59% era mujeres. En nuestro estudio se aprecia que el 52% del total de pacientes con alta kinesiophobia son mujeres (25 mujeres de 48 pacientes con alto nivel de kinesiophobia).
- ✓ Respecto al nivel de kinesiophobia según el IMC, no se evidencia una tendencia gráfica entre el Índice de Masa Corporal y el nivel de kinesiophobia. El 54% de los pacientes con bajo peso tiene bajo nivel de kinesiophobia. El 52% de pacientes con peso normal tiene un alto nivel de kinesiophobia. El 53% de pacientes con sobrepeso tienen un bajo nivel de kinesiophobia. El 71% de pacientes con obesidad grado I tiene un alto nivel kinesiophobia. El 60% de pacientes con obesidad grado II tiene un bajo nivel de kinesiophobia.

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- . Se observó una prevalencia mayoritaria de pacientes entre 35 y 39 años, la muestra estuvo representada por una mayoría el género femenino, más de la mitad de los pacientes se encuentran con un sobrepeso.
- Se aprecia que entre los pacientes se presenta un alto nivel de kinesiophobia
- Se aprecia que los pacientes con edades entre 35 y 45 años tienen un nivel alto de kinesiophobia.
- Se aprecia que los hombres tienen un nivel más alto de kinesiophobia
- Se aprecia que la kinesiophobia y el IMC no guarda una relación directa con la población de estudio ya que los resultados son variables.

5.2 Recomendaciones

- Desarrollar estrategias y técnicas para realizar ejercicios y actividades funcionales adaptadas a los pacientes con dolor lumbar, considerando sus actividades y estilos de vida en el centro de terapia física.
- Organizar talleres presenciales activos para mejorar la capacidad funcional y el estado cognitivo de los pacientes con dolor lumbar, así como de sus familiares.

- Utilizar plataformas digitales para ofrecer charlas informativas periódicas sobre las patologías de los pacientes, respondiendo a sus dudas, regulando repeticiones y proporcionando sugerencias.
- Mejorar y reeducar sobre el manejo del dolor y del movimiento en los pacientes, desde un enfoque terapéutico.
- Implementar programas de ejercicios de flexibilización y alivio muscular para mejorar los síntomas, de manera dinámica y cuidando la capacidad funcional de los pacientes, concientizando el movimiento.
- Proponer ejercicios lúdicos y recreativos adecuados para los adultos mayores, enfocándose en la actividad en lugar del movimiento específico que realizan.

CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lumbalgia [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
2. Ferreira ML, de Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol* [Internet]. 2023; 5(6):e316–29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37273833/>
3. El dolor lumbar por teletrabajo: una realidad común en la era digital [Internet]. Dolor.com. 2023. Disponible en: <https://www.dolor.com/areas-de-interes/dolor-cronico/dolor-lumbar-por-teletrabajo-una-realidad-comun>
4. Cai L, Gao H, Xu H, Wang Y, Lyu P, Liu Y. Does a program based on cognitive behavioral therapy affect kinesiophobia in patients following total knee arthroplasty? A randomized, controlled trial with a 6-month follow-up. *J Arthroplasty* [Internet]. 2018; 33(3):704–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29239772/>
5. Carvalho FA, Maher CG, Franco MR, Morelhão PK, Oliveira CB, Silva FG, et al. Fear of movement is not associated with objective and subjective physical activity levels in chronic nonspecific low back pain. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2017; 98(1):96–104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27713076/>
6. Martínez CP, Cousiño LAJ. Kinesiofobia: cuando el miedo al movimiento nos paraliza. *The Conversation* [Internet]. El 24 de marzo de 2024; Disponible en: <http://theconversation.com/kinesiofobia-cuando-el-miedo-al-movimiento-nos-paraliza-223364>

7. Morri M, Venturini E, Franchini N, Ruisi R, Culcasi A, Ruggiero A, et al. Is kinesiophobia a predictor of early functional performance after total hip replacement? A prospective prognostic cohort study. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2020; 21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-020-03748-7>
8. Uluğ N, Yakut Y, Alemdaroğlu İ, Yılmaz Ö. Comparison of pain, kinesiophobia and quality of life in patients with low back and neck pain. *J Phys Ther Sci* [Internet]. 2016; 28(2):665–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.28.665>
9. Badiei F, Brewer BW, Van Raalte JL. Associations of pain vigilance and past and current pain with kinesiophobia after sport injury in current and former athletes from Iran and the United States. *J Funct Morphol Kinesiol* [Internet]. 2023; 8(3):117. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jfmk8030117>
10. Ayre Vásquez KN. Nivel de discapacidad en agricultores con dolor lumbar de una comunidad campesina del valle del Mantaro, Junín 2017-2018. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
11. Herreras Huamán VJ. Asociación de características sociodemográficas y nivel de kinesiophobia en el adulto mayor con lumbalgia crónica inespecífica en un hospital de Cañete 2019. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019. "F.ARRIETA.C"
12. ALMohiza MA, Reddy RS, Asiri F, Alshahrani A, Tedla JS, Dixit S, et al. The mediation effect of pain on the relationship between kinesiophobia and lumbar joint position sense in chronic low back pain individuals: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023; 20(6):5193. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/6/5193>
13. John JN, Ugwu EC, Okezue OC, Ekechukwu END, Mgbeojedo UG, John DO, et al. Kinesiophobia and associated factors among patients with chronic non-specific low back

- pain. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2023; 45(16):2651–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2022.2103747>
14. Van Bogaert W, Coppieters I, Kregel J, Nijs J, De Pauw R, Meeus M, et al. Influence of baseline kinesiophobia levels on treatment Outcome in people with chronic spinal pain. *Phys Ther* [Internet]. 2021; 101(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33611503/>
 15. Bojanich Pagador MI. Frecuencia de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia hospital Santa Rosa 2023. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024.
 16. Flores R. Percepción de dolor lumbar y kinesiofobia en usuarios del Centro Médico FisioAdvance, Arequipa 2022. Universidad Privada Autónoma del Sur; 2022.
 17. Huambo Coaquira F, Pacheco Alatrística de Gallegos GE & Sarmiento Gama DA. Intensidad del dolor y kinesiofobia en pacientes post operados de rodilla de la Clínica San Juan De Dios – Arequipa en el 2022. Universidad Continental; 2023.
 18. Tipula Tipula M. Kinesiofobia e incapacidad funcional en pacientes con lumbalgia del centro de rehabilitación física neurológica - CERFINEURO, 2021. Universidad Privada Norbert Wiener; 2022.
 19. Luque-Suarez A, Martinez-Calderon J, Navarro-Ledesma S, Morales-Asencio JM, Meeus M, Struyf F. Kinesiophobia is associated with pain intensity and disability in chronic shoulder pain: A cross-sectional study. *J Manipulative Physiol Ther* [Internet]. 2020; 43(8):791–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmpt.2019.12.009>
 20. Pérez Simón J. ¿Qué es la Kinesiofobia? Instituto SANUM Escuela de Espalda; 2022. disponible en: <https://www.isanum.es/blog/2020/08/10/-que-es-la-kinesiofobia-sanum-escuela-deespalda/>
 21. Malfliet A PT, MSc, Van Oosterwijck J PT, PhD, Meeus M PT, PhD, Cagnie B PT, PhD, Danneels L PT, PhD, Dolphens M PT, PhD, et al. Kinesiophobia and maladaptive coping

- strategies prevent improvements in pain catastrophizing following pain neuroscience education in fibromyalgia/chronic fatigue syndrome: An explorative study. *Physiother Theory Pract* [Internet]. 2017; 33(8):653–60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28605207/>
22. Ohji S, Aizawa J, Hirohata K, Ohmi T, Mitomo S, Koga H, et al. Kinesiophobia is negatively associated with psychological readiness to return to sport in patients awaiting anterior cruciate ligament reconstruction. *Arthroscopy* [Internet]. 2023; 39(9):2048–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arthro.2023.02.016>
23. Karos K, Meulders A, Gatzounis R, Seelen HAM, Geers RPG, Vlaeyen JWS. Fear of pain changes movement: Motor behaviour following the acquisition of pain-related fear. *Eur J Pain* [Internet]. 2017; 21(8):1432–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28444803/>
24. Bunzli S, Smith A, Schütze R, O’Sullivan P. Beliefs underlying pain-related fear and how they evolve: a qualitative investigation in people with chronic back pain and high pain-related fear. *BMJ Open* [Internet]. 2015; 5(10):e008847. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/10/e008847>
25. Díez A. Kinesiofobia: acaba con el miedo al dolor con la Escuela de Espalda [Internet]. *Imq.es. IMQ Igualatorio Médico Quirúrgico*; 2022. Disponible en: <https://canalsalud.imq.es/blog/kinesiofobia-dolor-escuela-espalda>
26. Díaz Martínez M. Kinesiofobia y catastrofización del dolor como reglas de predicción clínica en el dolor lumbar. 2016.
27. Gisbert Calbo P. Sistema de ayuda frente a la kinesiofobia mediante técnicas de Realidad Virtual. Universidad de Alicante; 2021.

28. Pomares G. Kinesiofobia, actividades para reducir el miedo al movimiento [Internet]. Rehametrics. 2023. Disponible en: <https://rehametrics.com/kinesiofobia-actividades-tratamiento/>
29. López Pareja M. Kinesiofobia: así es vivir con miedo a moverse [Internet]. Vitonica.com. Vitónica; 2017. Disponible en: <https://www.vitonica.com/lesiones/kinesiofobia-asi-es-vivir-con-miedo-a-moverse>
30. O'Sullivan P. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: Maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. Man Ther [Internet]. 2005; 10(4):242–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16154380/>
31. Bravo PA, González-Durán R. Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. Revista de la Sociedad Española de Dolor [Internet]. 2021; 8(2):48-69. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-155173>
32. Hernández-Sampieri R. & Mendoza C. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: LAS RUTAS CUANTITATIVA, CUALITATIVA Y MIXTA. Duluth, MN, Estados Unidos de América: McGrawhill; 2018.
33. Bastidas G, Medina T, Báez M, Antoima M, Bastidas D. Perspectivas metodológicas de la investigación en salud pública, breve mirada. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2018; 35(2):317. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000200021
34. Arispe, C. Yangali, J. Guerrero, M., Rivera, O; Acuña, L; Arellano, C. La investigación Científica, una aproximación para los estudios de posgrado. Universidad Internacional del Ecuador, 2020. Disponible en:

[https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4310/1/LA%20INVESTIGACI%
3N%20CIENT%8dFICA.pdf](https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4310/1/LA%20INVESTIGACI%c3%93N%20CIENT%c3%8dFICA.pdf)

35. Hechavarría, S. Diferencias entre Cuestionario y Encuesta [Internet]. 2012. Sld.cu. Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/diferencias-entre-cuestionario-y-encuesta>.
36. Tampa Scale 11 (TSK-11) [Internet]. Fisiotutores. Physiotutors; 2023. Disponible en: <https://www.physiotutors.com/es/questionnaires/tampa-scale-11-tsk-11/>
37. Weermeijer JD, Meulders A. Clinimetrics: Tampa scale for kinesiophobia. J Physiother [Internet]. 2018; 64(2):126. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2018.01.001>
38. Shastri M, Nagarajan M, Maheshwari S. Reliability and validity of Kannada version of Tampa scale of kinesiophobia (TSK-KA-11) - A validation study. Indian J Physiother Occup Ther [Internet]. 2022; 16(3):15–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37506/ijpot.v16i3.18390>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

“NIVEL DE KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general: ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? • ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar según la edad de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? • ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar según el sexo de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? • ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar según el Índice de masa corporal (IMC) de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? 	<p>Objetivo general: Determinar el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. • Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar según la edad de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. • Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar según el sexo de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. • Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar según el Índice de masa corporal (IMC) de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. 	<p>Variable 1: Kinesiofobia</p> <p>Variable control: Características sociodemográficas</p>	<p>Método de la investigación: Deductivo</p> <p>Enfoque de la investigación: Cuantitativo</p> <p>Tipo y nivel de investigación: Tipo aplicado y de nivel descriptivo</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental, prospectivo y de corte transversal</p> <p>Población: Estará conformada todos los pacientes con dolor lumbar</p> <p>Muestra: Fuen aprox. 95 pacientes.</p> <p>Muestreo: Fue no probabilístico de tipo censal.</p>

Anexo 2: Instrumento

ESCALA DE TAMPA PARA LA KINESIOFOBIA (TSK-11)

Código: _____

Fecha: _____

Edad:

- 20 - 24 años
- 25 - 29 años
- 30 - 34 años
- 35 - 39 años
- 40 años a más

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Peso: _____ kg.

Talla: _____ m²

Índice de masa corporal

- Bajo peso = < a 18,5
- Peso normal = 18,5 - 24,9
- Sobrepeso = 25,0 - 29,9
- Obesidad grado I = 30,0 - 34,9
- Obesidad grado II = 35,0 - 39,9
- Obesidad grado III = > a 40,0

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
----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

N°	PREGUNTAS	1	2	3	4
1	Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico.				
2	Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.				
3	Mi cuerpo me estuvo 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.				

Nivel de kinesiophobia		
Bajo nivel de kinesiophobia	Puntajes entre 11 y 27	
Alto nivel de kinesiophobia	Puntajes entre 28 y 44	

Anexo 3: Validez del instrumento

“NIVEL DE KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Kinesiofobia							
1	Tengo miedo de 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 estuvo 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		

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

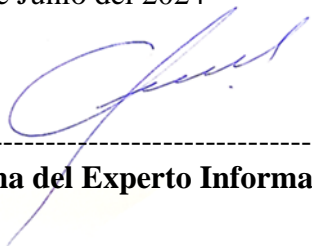
Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Milagros Elisa Zarate Chamochumbi

DNI: 25777874

Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria

21 de Junio del 2024



Firma del Experto Informante

“NIVEL DE KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Kinesiofobia							
1	Tengo miedo de 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 estuvo 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		

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

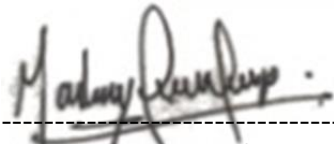
Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Marleny del Rosario Auris Quispe

DNI: 42393626

Especialidad del validador: Gestión en salud

19 de Junio del 2024



Firma del Experto Informante

“NIVEL DE KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Kinesiofobia							
1	Tengo miedo de 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 estuvo 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		

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Raymundo Chafloque Tullume

DNI: 08671855

Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria

21 de Junio del 2024

Firma del Experto Informante

Anexo 4: Formato de consentimiento informado

Formulario de Consentimiento Informado (FCI) en un estudio de investigación del CIE-VRI

Título del proyecto : “Nivel de kinesiophobia en pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024”
Investigador : Yovana Ysabel Simón Berrospi
Institución : Universidad Norbert Wiener

Estoy invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Nivel de kinesiophobia en pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024”, de fecha __/__/2024 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por un investigador de la Universidad Norbert Wiener.

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar el nivel de kinesiophobia en pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. Su ejecución ayudará/permitirá a conocer la prevalencia de la variable de estudio.

Duración del estudio (meses): Mes de Junio del 2024 a Enero del 2025

N° esperado de participantes: 95 pacientes

Criterios de Inclusión y exclusión: Los criterios de inclusión fuer: Pacientes de ambos géneros, de 25 a 45 años de edad, que presenten dolor lumbar y que entiendan y acepten el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fuer: Pacientes con presencia de neoplasias o tumores, en estado de gestación o embarazadas, que no completen la encuesta, con diagnóstico de fracturas, post-operados en la columna vertebral y con discapacidad mental.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le pedirá completar una ficha de recolección con sus datos personales y resolver la Escala de Tampa para la kinesiophobia (TSK-11). Para completar la escala, tomará un tiempo de 10 minutos y los resultados se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

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

Beneficios: Usted no obtendrá algún beneficio por participar en este estudio, tampoco recibirá alguna compensación económica. Así mismo, determinar el nivel de kinesiophobia en pacientes con dolor lumbar, ayudará a conocer la prevalencia de la percepción del miedo al movimiento en pacientes con preocupaciones sobre el dolor o lesiones musculoesqueléticas y mejorar los conocimientos en el campo de la salud. De manera que, con su participación en esta investigación, al ser completado la ficha permitirá obtener nueva información para aportar a futuras investigaciones.

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

Confidencialidad: Se guardará la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no fuer 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 Yovana Ysabel Simón Berrospi, al número de celular 949288277 o al correo simónyovana138@gmail.com. Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comite.etica@uwiener.edu.pe.

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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

Firma del participante

Nombre:

DNI:

Fecha: ____/____/2024

Firma del investigador

Nombre: Yovana Ysabel Simón Berrospi

DNI: 40832785

Fecha: ____/____/2024

Firma del testigo o representante legal

Nombre:

DNI:

Fecha: ____/____/2024

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 5: Carta de solicitud a la institución

Lima, 03 de Agosto del 2024

Solicito: Ingreso a la institución para recolectar datos para tesis de pregrado

Sr:

Luis Alberto Ibarra Hurtado

Director

GRUPOFISIO S. A. C

Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, Yovana Ysabel Simón Berrospi, alumna de la E.A.P. de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Norbert Wiener, con código n°a2016200316, solicito que me permita recolectar datos en su institución como parte de mi proyecto de tesis para obtener el título de “Licenciado en Terapia física y rehabilitación” cuyo objetivo general es determinar el nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024; asimismo, solicito la presentación de los resultados en formato de tesis y artículo científico. La mencionada recolección de datos consiste en obtener datos personales de los participantes como la edad y el sexo.

Los resultados del estudio se almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Atentamente,

Yovana Ysabel Simón Berrospi
Universidad Norbert Wiener
E.A.P. de Tecnología Médica

Anexo 6: Carta de solicitud a la institución



Arequipa 12 de Noviembre del 2024

CARTA N.º: 033-2024

Sr.(a): Bach. YOVANA YSABEL SIMON BERROSPI

ASUNTO: Autorización para realizar el proceso de recolección de datos para la Tesis "NIVEL DE KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024"

Por medio de la presente se dirige a usted para saludarle y comunicarle con respecto a su solicitud del proceso de recolección de datos para la Tesis "NIVEL DE KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024", se le autoriza a realizar su estudio con los pacientes del CENTRO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACION GRUPOFISIO, PERIODO 2024". Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Yanahuara:

📍 Pasaje Las Lías 108 Emmel - Yanahuara
☎ 054 - 310799 / 924110454 - 963313934

✉ informes@grupofisio.pe
gerencia@grupofisio.pe

Anexo 7: Carta de solicitud a la institución



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 11 de Noviembre de 2024

Investigador(a)
YOVANA YSABEL SIMÓN BERROSPI
Exp. N°: 0742-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) evaluó y **APROBO** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: **“NIVEL DE KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”** Versión 01 con fecha 22/10/2024.
- Formulario de Consentimiento Informado Versión 01 con fecha 22/10/2024.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Yovana Ysabel Simón Berrospi

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

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

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

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

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Anexo 8: Reporte de similitud del Túrntin

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

TESIS

AUTOR

Bach. Yovana Isabel Simon Berrospi

RECuento DE PALABRAS

7090 Words

RECuento DE CARACTERES

37560 Characters

RECuento DE PÁGINAS

36 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

238.6KB

FECHA DE ENTREGA

Nov 14, 2024 9:53 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 14, 2024 9:53 PM GMT-5

● 18% 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
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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

Resumen

● 18% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 1% 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	repositorio.unfv.edu.pe Internet	4%
3	hdl.handle.net Internet	2%
4	uwiener on 2024-07-29 Submitted works	1%
5	Universidad Privada San Juan Bautista on 2024-07-31 Submitted works	1%
6	Universidad Continental on 2019-04-21 Submitted works	1%
7	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%
8	Universidad Privada San Juan Bautista on 2017-10-18 Submitted works	<1%