



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

Tesis

Miedo al movimiento y capacidad funcional en pacientes postoperados de
fractura de cadera en un centro fisioterapéutico de Lima, 2025

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

Presentado por:

Autora: Reynoso Villar, Kimberly Stefania

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7603-6771>

Asesor: Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud

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

Lima – Perú

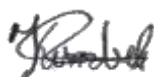
2026

	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, Kimberly Stefania Reynoso Villar egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Miedo al movimiento y capacidad funcional en pacientes postoperados de fractura de cadera en un centro fisioterapéutico de Lima, 2025”. Asesorado por el docente: Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud DNI **10697600** ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8822-3318> tiene un índice de similitud de **10 (diez) %** con código OID: 14912:594136003 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
 Reynoso Villar, Kimberly Stefania
 DNI: 77439568

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



.....
 Firma
 Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud
 DNI: 10697600

Lima, 24 de mayo de 2026.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis padres, por ser mi ejemplo de esfuerzo y perseverancia; a mis hermanos, por su apoyo y cariño incondicional; y a mi esposo, por acompañarme con amor, paciencia y confianza durante cada paso de este camino. También a mis abuelos, quienes, aunque ya no están físicamente conmigo, viven en mi corazón. Con gratitud y amor, les dedico este logro que también es suyo.

Agradecimiento

Agradezco a mi asesor de tesis por su orientación, paciencia y valiosos conocimientos brindados durante el desarrollo de esta investigación. Asimismo, agradezco a la universidad por la formación académica recibida.

ÍNDICE GENERAL

I.	INTRODUCCIÓN	Pag.	10
II.	METODOLOGÍA	Pag.	11
III.	RESULTADOS	Pag.	12
IV.	DISCUSIÓN	Pag.	15
V.	CONCLUSIONES	Pag.	16
VI.	REFERENCIAS	Pag.	16
VII.	ANEXOS	Pag.	18

ÍNDICE DE TABLAS

1.	Tabla 1. Distribución de la edad según sexo	Pag. 12
2.	Tabla 2. Características sociodemográficas	Pag. 13
3.	Tabla 3. Características clínicas	
4.	Tabla 4. Relación entre el miedo al movimiento con sus dimensiones y la capacidad funcional	Pag. 14

“Miedo al movimiento y capacidad funcional en pacientes postoperados de fractura de cadera en un centro fisioterapéutico de Lima, 2025”

“Fear of movement and functional capacity in post-operative hip fracture patients at a physical therapy center in Lima, 2025”

Autor(es) y filiación: Reynoso Villar, Kimberly Stefania, Bachiller del Programa Académico de Profesional de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú.

7. Resumen

Introducción: La fractura de cadera representa una de las principales causas de discapacidad física en adultos y requiere un proceso de rehabilitación prolongado. Durante este periodo, factores psicológicos como el miedo al movimiento (kinesiofobia) pueden interferir con la recuperación funcional y prolongar la dependencia de ayudas técnicas. **Objetivo:** Determinar la relación entre el miedo al movimiento y la capacidad funcional en pacientes postoperados de fractura de cadera en un centro fisioterapéutico de Lima, 2025. **Material y métodos:** Se realizó un estudio aplicado, observacional, no experimental, transversal y correlacional con un censo de 96 pacientes adultos postoperados de fractura de cadera. Se aplicaron la Escala de Tampa para Kinesiophobia (TSK-11) y la Escala de cadera de Harris versión modificada (mHHS), ambas validadas en español. **Resultados:** mostraron una asociación significativa entre el miedo al movimiento y la funcionalidad de cadera ($p < 0,001$; $\chi^2 = 59,044$; $gl = 3$). Debido a frecuencias esperadas menores a 5, se aplicó la prueba exacta de Fisher, confirmándose la significancia ($p < 0,001$). Estos hallazgos evidencian que la kinesiofobia influye negativamente en la recuperación funcional, resaltando la necesidad de integrar la dimensión psicosocial en los programas de rehabilitación postquirúrgica. **Conclusiones:** Se concluyó que existió una asociación significativa entre el miedo al movimiento y la capacidad funcional en los pacientes postoperados de fractura de cadera de un centro fisioterapéutico de Lima, 2025.

Palabras clave Kinesiofobia; Articulación de la cadera; Rehabilitación; Personas con Discapacidad; Fracturas de cadera, calidad de vida

Abstract

Introduction: Hip fracture is one of the leading causes of physical disability in adults and requires a prolonged rehabilitation process. During this period, psychological factors such as fear of movement (kinesiophobia) may interfere with functional recovery and extend dependence on assistive devices. **Objective:** To determine the relationship between fear of movement and functional capacity in postoperative hip fracture patients at a physiotherapy center in Lima, 2025. **Material and Methods:** An applied, observational, non-experimental, cross-sectional, and correlational study was conducted with a census of 96 adult patients who had undergone hip fracture surgery. Sociodemographic and clinical data were collected using a structured form, and two validated instruments in Spanish were applied: the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-11) and the modified Harris Hip Score (mHHS). **Results:** A significant association was found between fear of movement and hip functionality ($p < 0,001$; $\chi^2 = 59.044$; $df = 3$). Due to expected frequencies < 5 , Fisher's exact test was applied, confirming statistical significance ($p < 0,001$). These findings indicate that kinesiophobia negatively affects functional recovery, highlighting the need to integrate psychosocial dimensions into postoperative rehabilitation programs. **Conclusions:** There was a significant association between fear of movement and functional capacity in postoperative hip fracture patients at a physiotherapy center in Lima, 2025.

Keywords: Kinesiophobia; Hip joint; Rehabilitation; People with Disabilities; Hip fractures.

I. INTRODUCCION

Las fracturas de cadera constituyen una de las lesiones ortopédicas más relevantes por su impacto funcional y socioeconómico. A escala mundial, la Carga Global de Enfermedades (GBD) muestra que entre 1990 y 2019 la incidencia aumentó de forma sostenida, con una tasa promedio de 681,3 por 100 000 habitantes, reflejando una tendencia ascendente tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Este tipo de fractura no se limita a la población mayor: aunque el riesgo aumenta con la edad, también afecta a adultos jóvenes por traumatismos de alta energía, y en ambos grupos implica una pérdida significativa de productividad y calidad de vida (1, 2). En América Latina, la incidencia también se incrementa, coexistiendo desigualdades regionales en el acceso al tratamiento quirúrgico y a la rehabilitación, lo que repercute en los resultados funcionales y en la reintegración social del paciente (3). Como indicador de capacidad resolutive, los reemplazos totales de cadera muestran grandes contrastes internacionales: mientras Alemania presenta tasas de 310,6 por 100 000 habitantes, en países latinoamericanos como México apenas alcanzan 8,6 por 100 000, evidenciando diferencias sustanciales en cobertura y disponibilidad de recursos (4).

Durante el proceso de recuperación, el miedo irracional y persistente al movimiento o a la actividad física por temor a sentir dolor o volver a lesionarse (también llamado kinesiofobia) actúa como un factor psicológico limitante que afecta la ejecución motora y el progreso funcional (5). Este miedo desencadena un ciclo de inactividad y desuso muscular, contribuyendo al deterioro del equilibrio, la disminución de la fuerza y la pérdida de independencia funcional (6). Por su parte, la capacidad funcional es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como los atributos de salud que permiten a las personas ser y hacer lo que valoran, siendo la interacción entre la capacidad intrínseca del individuo (física y mental) y su entorno (físico, social, político) lo que determina el nivel de funcionalidad para realizar sus actividades diarias (7, 8), este es el principal indicador de la eficacia de la rehabilitación. En pacientes adultos postoperados de fractura de cadera, la interacción entre ambas variables es recíproca: la kinesiofobia limita la recuperación funcional, mientras que la pérdida de función refuerza el miedo al movimiento, generando un bucle de retroalimentación negativa que compromete la eficacia del tratamiento y retrasa la reincorporación a la vida cotidiana (9)

En el Perú, estudios clínicos describen un perfil de los pacientes con fractura de cadera, predominantemente octogenario, femenino, multimórbido y con dependencia funcional al

ingreso; incluso se reportan tiempos quirúrgicos tardíos y complicaciones preoperatorias frecuentes (infecciones respiratorias y urinarias), factores que agravan la pérdida funcional (10, 11). En el centro fisioterapéutico donde se desarrolló el estudio se había observado una tendencia creciente de pacientes adultos postoperados de cadera con persistencia del dolor, dependencia de ayudas técnicas y retraso en la recuperación funcional ya que aunque el equipo de fisioterapeutas documentaba de manera rutinaria el estado funcional no existía un tamizaje sistemático de factores psicosociales en particular del miedo al movimiento que permitiera estratificar riesgos y personalizar la progresión de la terapia lo cual impedía explicar por completo por qué pacientes con condiciones quirúrgicas similares evolucionaban de manera distinta y limitaba la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia local siendo así que el objetivo del estudio fue determinar la relación entre el miedo al movimiento y la capacidad funcional en pacientes postoperados de fractura de cadera.

II. METODOLOGIA

Se realizó un estudio aplicado, observacional, de diseño no experimental, transversal y de alcance correlacional. La investigación se desarrolló en el Centro de Rehabilitación y Habilitación Especializada en Atención al Niño y Adulto, ubicado en Lima. La población estuvo conformada por 96 pacientes adultos postoperados de fractura de cadera atendidos en dicho centro durante el año 2025. Se incluyeron sujetos con diagnóstico confirmado de fractura de cadera y cirugía realizada, en fase de rehabilitación. Los criterios de inclusión fueron tener edad igual o mayor a 18 años, haber completado el procedimiento quirúrgico y encontrarse en seguimiento fisioterapéutico. Se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo severo, comorbilidades neurológicas incapacitantes o ausencia de consentimiento informado. Se realizó un censo de todos los pacientes que cumplían los criterios en el periodo de estudio (12).

El miedo al movimiento se evaluó mediante la Escala de Tampa para Kinesiophobia (TSK-11), versión abreviada de 11 ítems, ampliamente utilizada en el ámbito musculoesquelético y validada en español. Este instrumento presenta una estructura bifactorial que incluye las dimensiones de evitación de actividad y daño percibido, y ha demostrado adecuada fiabilidad ($\alpha=0,81$) en población hispanohablante (13). El puntaje total oscila entre 11 y 44, categorizado en niveles mínimo (≤ 22), bajo (23–28), moderado (29–35) y alto (≥ 36). Su brevedad y validez psicométrica lo convierten en una herramienta idónea para el tamizaje rutinario del miedo al movimiento en pacientes postquirúrgicos de cadera.

La capacidad funcional se midió con la Escala de cadera de Harris – versión modificada (mHHS), instrumento validado en población hispanohablante y ampliamente empleado para cuantificar el dolor y la función de cadera en el seguimiento posquirúrgico. Este cuestionario presenta un rango de 0 a 100 puntos, con alta fiabilidad ($\alpha=0,95$) y sensibilidad al cambio (14). Los resultados se clasificaron en pobre (<70), regular (70–79), buena (80–89) y excelente (≥ 90). Su uso permite evaluar de manera objetiva el desempeño funcional y el dolor, constituyendo un indicador robusto de la eficacia de los programas de rehabilitación en pacientes adultos postoperados de fractura de cadera.

La recolección de datos se efectuó en sesiones individuales dentro del Centro de Rehabilitación y Habilitación Especializada en Atención al Niño y Adulto, aplicando los cuestionarios en formato papel y digital. Los pacientes fueron evaluados por un personal entrenado, garantizando la estandarización del proceso. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki (12), y el protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW). Las variables se analizaron en categorías ordinales y la asociación entre los niveles de miedo al movimiento y la capacidad funcional se evaluó mediante la prueba de Chi cuadrado de tendencia lineal (Mantel–Haenszel). Se estableció un nivel de significancia de $p < 0,05$ y el procesamiento estadístico se realizó con el software SPSS versión 26.0. (15).

III. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la edad según sexo

Edad	Masculino n (%)	Femenino n (%)	Total n (%)
25 a 35 años	21 (21,9)	18 (18,8)	39 (40,6)
36 a 45 años	18 (18,8)	15 (15,6)	33 (34,4)
46 a 53 años	11 (11,5)	13 (13,5)	24 (25,0)
Total	50 (52,1)	46 (47,9)	96 (100,0)

Nota: Media = 38,06 años; DE = 8,563; mínimo = 25; máximo = 53.

Interpretación: La edad de los participantes presentó una media de 38,06 años (DE = 8,563), con un rango entre 25 y 53 años. El grupo etario de 25 a 35 años concentró la mayor proporción de participantes (40,6%), seguido del grupo de 36 a 45 años (34,4%) y del grupo de 46 a 53 años (25,0%). Asimismo, en el total de la muestra se observó un ligero predominio del sexo masculino, representando el 52,1%, mientras que el sexo femenino constituyó el 47,9%.

Tabla 2. Características sociodemográficas

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel educativo	Secundaria	33	34,4
	Superior técnica	34	35,4
	Superior universitaria	29	30,2
IMC	<18.5 bajo peso	21	21,9
	18.5–24.9 normal	36	37,5
	25.0–29.9 sobrepeso	18	18,8
	≥30.0 obesidad.	21	21,9

Interpretación: En el nivel educativo, predominó superior técnica con 35,4% de los participantes, seguido de secundaria con 34,4% y superior universitaria con 30,2%. Respecto al IMC, predominó la categoría normal (37,5%), seguida de bajo peso y obesidad., ambas con 21,9%, mientras que sobrepeso representó la menor proporción (18,8%).

Tabla 3. Características clínicas

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Comorbilidad	HTA	21	21,9
	DM2	29	30,2
	Obesidad	16	16,7
	Depresión	12	12,5
	Ansiedad.	18	18,8
Polifarmacia	Sí	50	52,1
	No	46	47,9
Uso de ayuda técnica	Sí	44	45,8
	No	52	54,2
Tipo de procedimiento de cadera	Artroplastia total	29	30,2
	Artroplastia parcial	45	46,9
	Osteosíntesis	22	22,9
Tiempo desde cirugía	1 a 3 meses	38	39,6
	4 a 6 meses	35	36,5
	7 a 9 meses	23	24,0

Nota: Tiempo desde cirugía: Media = 4,39 meses; DE = 2,273; mínimo = 1; máximo = 9.

Interpretación: En la comorbilidad, predominó DM2 (30,2%), seguida de HTA (21,9%), Ansiedad. (18,8%) y Obesidad (16,7%); en menor proporción se encontró Depresión (12,5%). Respecto a la polifarmacia, predominó el grupo con presencia de polifarmacia (52,1%), mientras que el grupo sin polifarmacia representó el 47,9%. En cuanto al uso de ayuda técnica, predominó el grupo sin uso de ayuda técnica (54,2%) frente al grupo con uso de ayuda técnica (45,8%). Según el tipo de procedimiento de cadera, predominó Artroplastia parcial (46,9%), seguida de Artroplastia total (30,2%) y Osteosíntesis (22,9%). Finalmente, el tiempo desde cirugía se concentró principalmente en 1 a 3 meses (39,6%), seguido de 4 a 6 meses (36,5%) y 7 a 9 meses (24,0%).

Tabla 4. Relación entre el miedo al movimiento y la capacidad funcional

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	No de Casos
Chi-cuadrado de Pearson Miedo al movimiento	59,044 ^a	3	,000	,000	96
Estadístico exacto de Fisher	62,981			,000	
Chi-cuadrado de Pearson Evitación de la actividad	35,463 ^a	6	,000	,000	96
Estadístico exacto de Fisher	35,652			,000	
Chi-cuadrado de Pearson Daño percibido de la actividad	38,457 ^a	6	,000	,000	96
Estadístico exacto de Fisher	37,474			,000	

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

Interpretación: Se determinó una asociación significativa entre el miedo al movimiento y la capacidad funcional ($p < 0,001$). Al analizar las dimensiones específicas, tanto la evitación de la actividad como el daño percibido mostraron asociaciones significativas con la funcionalidad de cadera ($p < 0,001$). Estos hallazgos confirman que la kinesiofobia, en sus distintas manifestaciones, influye negativamente en la recuperación funcional de los pacientes postoperados de fractura de cadera, reforzando la necesidad de integrar la evaluación psicosocial en los programas de rehabilitación.

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto a la relación entre el miedo al movimiento y la capacidad funcional, el estudio evidenció una asociación significativa. Este hallazgo concuerda con lo expuesto por Suzuki et al. (16), quienes identificaron que la kinesiofobia se vinculó con desenlaces posoperatorios desfavorables, con Alsaleem et al. (17), al reportar una relación entre kinesiofobia y dolor, con Marmouta et al. (18), al evidenciar que mayores niveles de kinesiofobia se relacionaron con desenlaces desfavorables percibidos, y con Hidaka et al. (19), quienes mostraron que la kinesiofobia se asociaba con peor calidad de vida. Al identificar una alta presencia de evitación de actividades y foco somático relacionado con el miedo al movimiento, estos hallazgos fueron

consistentes con los estudios mencionados. En contraste, discrepó con Morri et al. (20), quienes no identificaron asociación entre kinesiofobia y desempeño funcional temprano.

Respecto a las características sociodemográficas y clínicas, la muestra presentó una edad entre 25 y 53 años (Media = 38,06), con ligera predominancia masculina, predominio de escolaridad técnica y mayor frecuencia de IMC normal; la comorbilidad más frecuente fue DM2. Clínicamente, predominó la artroplastia parcial y el tiempo desde cirugía se concentró principalmente entre 1 a 6 meses. En los antecedentes revisados, Maldonado (21) evaluó pacientes postoperados de fractura de cadera en adultos mayores, por lo que el perfil etario no fue directamente comparable; asimismo, trabajaron con una muestra conformada solo por mujeres, lo que difirió de la distribución por sexo observada. De manera complementaria, Leiss et al. (22) destacó la relevancia de la diabetes en el desempeño funcional post artroplastia

Respecto a la relación entre las dimensiones del miedo al movimiento y la capacidad funcional, el estudio evidenció una asociación significativa entre la dimensión evitación de la actividad y la capacidad funcional, así como entre la dimensión daño percibido y la capacidad funcional. Este hallazgo concuerda con lo expuesto por Condori y Lomas (23).

Las limitaciones del estudio se centraron en el diseño y el alcance metodológico. Al tratarse de un estudio transversal, los hallazgos solo permitieron establecer asociaciones y no relaciones de causalidad entre el miedo al movimiento y la capacidad funcional. La muestra se restringió a un único centro fisioterapéutico de Lima, lo que redujo la posibilidad de generalizar los resultados a otros contextos clínicos o poblaciones con características distintas. Además, la evaluación del miedo al movimiento se basó en cuestionarios autoinformados, lo que pudo introducir sesgos de percepción y subjetividad en las respuestas, y no se incluyeron medidas objetivas complementarias como dinamometría o análisis biomecánico que hubieran fortalecido la validez de los hallazgos. Otro aspecto fue la falta de control de factores psicosociales adicionales, como ansiedad, depresión o apoyo social, que también influyen en la recuperación funcional. Finalmente, el periodo de seguimiento se limitó a los primeros meses postoperatorios, lo que impidió valorar la evolución a largo plazo y la persistencia del miedo al movimiento en fases posteriores de rehabilitación.

V. CONCLUSIONES

- Se concluyó que existió una asociación significativa entre el miedo al movimiento y la capacidad funcional en los pacientes postoperados de fractura de cadera de un centro fisioterapéutico de Lima, 2025.
- Se concluyó que existió una asociación significativa entre la dimensión evitación de la actividad y la capacidad funcional en los pacientes postoperados de fractura de cadera de un centro fisioterapéutico de Lima, 2025.
- Se concluyó que existió una asociación significativa entre la dimensión daño percibido de la actividad y la capacidad funcional en los pacientes postoperados de fractura de cadera de un centro fisioterapéutico de Lima, 2025.

VI. REFERENCIAS

1. Feng J, Zhang C, Li B, Zhan S, Wang S, Song C. Global burden of hip fracture: The Global Burden of Disease Study. *Osteoporos Int.* 2024; 35(1):41-52. doi: 10.1007/s00198-023-06907-3.
2. Dong Y, Zhang Y, Song K, Kang H, Ye D, Li F. What was the Epidemiology and Global Burden of Disease of Hip Fractures From 1990 to 2019? Results From and Additional Analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Clin Orthop Relat Res.* 2023; 481(6):1209-1220. doi: 10.1097/CORR.0000000000002465.
3. Rojas L, Hernández S, Ávila J, Cervantes R, Enghelmayer R, Pesciallo C, Garabano G, Mackechnie M, Quintero J, Kojima K. Hip fracture care-Latin America. *OTA Int.* 2020; 3(1):e064. doi: 10.1097/OI9.0000000000000064.
4. Jennison T, MacGregor A, Goldberg A. Hip arthroplasty practice across the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) over the last decade. *Ann R Coll Surg Engl.* 2023; 105(7):645-652. doi: 10.1308/rcsann.2022.0101.
5. Gómez-Pérez L, López-Martínez A, Ruiz-Párraga G. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *J Pain.* 2011; 12(4):425-35. doi: 10.1016/j.jpain.2010.08.004.
6. Vlaeyen J, y Linton S. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain.* 2000; 85(3):317-332. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00242-0.

7. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>.
8. World Health Organization. Healthy ageing and functional ability (Q&A). 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>.
9. Meulders A. Fear in the context of pain: Lessons learned from 100 years of fear conditioning research. *Behav Res Ther.* 2020; 131:103635. doi: 10.1016/j.brat.2020.103635.
10. Cieza-Macedo E, Oscanoa T, Montenegro-Saldaña L, Cruz-Chumpitaz, J. Evaluación geriátrica integral en pacientes con fractura de cadera. *An Fac med.* 2023; 84(2):156-161. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v84i2.24758>.
11. Aguirre-Milachay E, León-Figueroa D, Valladares-Garrido M. Clinical, laboratory, and hospital factors associated with preoperative complications in Peruvian older adults with hip fracture. *PLoS One.* 2024; 19(11):e0313089. doi: 10.1371/journal.pone.0313089.
12. Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(2):155-168. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3.
13. Gómez-Pérez L, López-Martínez A, Ruiz-Párraga G. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *J Pain.* 2011;12(4):425-35. doi: 10.1016/j.jpain.2010.08.004.
14. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization. 2001. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42407>
15. Lara-Taranchenko Y, Pujol O, González-Morgado D, Hernández A, Barro V, Soza D. Validation of the Spanish version of the modified Harris score. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2024;68(2):121-127. English, Spanish. doi: 10.1016/j.recot.2023.03.013.
16. Suzuki Y, Tanaka S, Imai R, Chiba T. Worsening pain patterns and chronic post-surgical pain following total hip arthroplasty: A 6-month retrospective cohort study. *Journal of Joint Surgery and Research.* 2025; 3 (3): 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.jjoisr.2025.07.001>
17. Alsaleem M, Alkhars A, Alalwan H, Almutairi A, Alonayzan A, AlYaeesh I. Kinesiophobia Post Total Hip Arthroplasty: A Retrospective Study. *Cureus.* 2021;13(6):e15991. doi: 10.7759/cureus.15991.
18. Marmouta P, Marmouta L, Tsounis A, Tzavara C, Malliarou M, Fradelos E, Saridi M, Toska A, Sarafis P. Effect of Kinesiophobia and Social Support on Quality of Life After

Total Hip Arthroplasty. Healthcare (Basel). 2025;13(12):1366. doi: 10.3390/healthcare13121366.

19. Hidaka R, Tanaka T, Hashikura K, Oka H, Matsudaira K, Moro T, Matsuda K, Kawano H, Tanaka S. Association of high kinesiophobia and pain catastrophizing with quality of life in severe hip osteoarthritis: a cross-sectional study. BMC Musculoskelet Disord. 2023;24(1):388. doi: 10.1186/s12891-023-06496-6.
20. Morri M, Venturini E, Franchini N, Ruisi R, Culcasi A, Ruggiero A, Govoni C, Benedetti M. Is kinesiophobia a predictor of early functional performance after total hip replacement? A prospective prognostic cohort study. BMC Musculoskelet Disord. 2020;21(1):724. doi: 10.1186/s12891-020-03748-7.
21. Maldonado F. Relación entre depresión y capacidad funcional en adultos mayores post operados de fractura de cadera en el Hospital Sergio E. Bernales, Lima 2024. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2025. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c1f27cec-da12-4552-ad28-cbd4bb69e1ca/content>
22. Leiss F, Götz J, Maderbacher G, Meyer M, Reinhard J, Zeman F, Grifka J, Greimel F. Excellent Functional Outcome and Quality of Life after Primary Cementless Total Hip Arthroplasty (THA) Using an Enhanced Recovery Setup. J Clin Med. 2021;10(4):621. doi: 10.3390/jcm10040621.
23. Condori D, y Lomas M. Nivel de kinesiofobia en pacientes postfractura en las clínicas de Juliaca, 2022. [Tesis de Especialidad]. Lima: Universidad Continental; 2023. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/13835>

ANEXOS

Anexo 1: consentimiento informado



Título de proyecto de investigación : Miedo al movimiento y capacidad funcional en pacientes postoperados de fractura de cadera en un centro fisioterapéutico de Lima, 2025

Investigadores : Reynoso Villar, Kimberly Stefania

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

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: "*Miedo al movimiento y capacidad funcional en pacientes postoperados de fractura de cadera en un centro fisioterapéutico de Lima, 2025*". de fecha __/__/__ 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 relación entre el Miedo al movimiento y capacidad funcional en pacientes postoperados de fractura de cadera en un centro fisioterapéutico de Lima, 2025. Su ejecución ayudará/permitirá evaluar nuevas terapias para la mejora de su salud.

Duración del estudio: 6 meses

N° esperado de participantes: 96 adultos

Criterios de Inclusión y exclusión: Se incluirán:

- Edad ≥ 18 años al momento de la evaluación.
- Postoperatorio de fractura de cadera (cuello femoral, intertrocanterea o subtrocanterea), con intervención quirúrgica previa (osteosíntesis o artroplastia primaria).
- Asistencia al programa ambulatorio de rehabilitación del centro durante noviembre de 2025.
- Estabilidad clínica para participar en la evaluación (signos vitales estables, sin dolor incontrolado en reposo).
- Capacidad para comprender y responder los cuestionarios por sí o con apoyo mínimo del evaluador.
- Consentimiento informado firmado.

Se excluirán:

- Politrauma o lesión neurológica aguda que impida la evaluación funcional estandarizada.
- Trastorno neurocognitivo mayor no compensado o delirio activo que impida la comprensión de los instrumentos.
- Complicación quirúrgica activa que contraindique el inicio/continuación de la rehabilitación.
- Revisión protésica o reintervención durante el mismo periodo que imposibilite una medición estable.
- Fracturas patológicas por tumor/metástasis (no osteoporóticas/traumáticas).

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

Se utilizará la encuesta estructurada, complementada con registro clínico breve y la aplicación estandarizada de instrumentos validados para cuantificar la kinesiofobia (TSK-11) y la funcionalidad de cadera (mHHS).

Antes del trabajo de campo se tramitará la aprobación institucional y se coordinará con el equipo de fisioterapia la disponibilidad de ambientes, turnos y equipamiento (sillas estables, espacio para marcha, material de apoyo). El investigador responsable recibirá capacitación en: protocolo de encuesta, instrucciones estandarizadas de TSK-11 y mHHS, trato al paciente, y resguardo de la seguridad y confidencialidad.

Estructura de la aplicación (tiempo total estimado: 20–30 minutos por participante):

a) Ficha sociodemográfica y clínica (5–7 min): Registro de variables generales (edad, sexo, escolaridad), clínicas (índice de masa corporal, comorbilidades, tiempo desde la cirugía, tipo de procedimiento) y uso de ayudas técnicas.

b) Miedo al movimiento: se evaluará mediante la Escala de Tampa para Kinesiofobia (TSK).

c) Funcionalidad de cadera: se empleará la Escala de cadera de Harris – versión modificada (mHHS).

Las evaluaciones se realizarán en espacios seguros (superficie nivelada, iluminación adecuada, silla con respaldo). Se permitirá el uso de ayudas técnicas habituales (bastón, andador), dispositivos personales (lentes, audífonos) y pausas según tolerancia. El procedimiento se suspenderá si aparecen síntomas de alarma (disnea intensa, dolor torácico, mareo). Previo a la encuesta, se explicarán objetivos y procedimientos y se recabará el consentimiento informado; se entregará copia al participante.

Se verificará la coherencia interna de formularios (cruces básicos, rangos válidos) y se realizará doble revisión de puntajes TSK-11 y mHHS. La base de datos será codificada y depurada (tratamiento de faltantes, detección de atípicos) conforme al plan estadístico y a las políticas de confidencialidad del centro. El trabajo de campo se llevará a cabo en noviembre de 2025, con muestreo censal de todos los pacientes elegibles que asistan durante el periodo.

Riesgos: No se anticipan riesgos físicos. Sin embargo, la participación implica la dedicación de tiempo (aprox. 30 minutos) para completar cuestionarios, sumado a ello, al reflexionar sobre su miedo al movimiento y la capacidad funcional es posible experimentar malestar emocional, ligera ansiedad o estrés; asimismo, algunos pueden sentir frustración o experimentar síntomas durante las pruebas físicas tales como: disnea intensa, dolor torácico, mareo. Para reducir estos efectos, se ofrecerán pausas según tolerancia (o suspensión de ser necesario) durante la aplicación y un breve espacio de apoyo al finalizar. La participación es voluntaria y puede interrumpirse en cualquier momento sin consecuencias. Si algún participante manifiesta angustia significativa, el investigador suspenderá inmediatamente la sesión y recomendará la búsqueda de asistencia clínica o psicológica adecuada.

Beneficios: Aunque la participación no conllevará un beneficio terapéutico directo inmediato, los participantes obtendrán información personalizada acerca de su condición física y fragilidad, incluyendo una mini-sesión educativa sobre consejos de autocuidado específicos para su caso. Además, al finalizar la aplicación de los cuestionarios, cada participante recibirá un informe individual.

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 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 (*Reynoso Villar, Kimberly Stefania, número de teléfono 993866959 y correo electrónico del investigador principal ereynosovillar@gmail.com>*).

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio,

Contacto del Comité de Ética: Mg Angelica Karina Minaya Galarreta, Presidente 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)

(Firma)

Nombre **investigador:**

DNI:

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 2: Instrumentos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



“Miedo al movimiento y capacidad funcional en pacientes postoperados de fractura de cadera en un centro fisioterapéutico de Lima, 2025”

Fecha de evaluación: ____ / ____ / 2025

Instrucciones: Marque o anote una sola opción por ítem, salvo que se indique lo contrario.

1. Edad (años): ____

2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

3. Nivel educativo: ☐ Sin estudios ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior

(técnica/universitaria)

4. Índice de masa corporal: _____ kg/m²

☐ <18.5 bajo peso ☐ 18.5–24.9 normal ☐ 25.0–29.9 sobrepeso ☐ ≥30.0 obesidad.

5. Comorbilidades (diagnosticadas por profesional especializado): ☐ HTA ☐

DM2 ☐ obesidad ☐ Depresión/ansiedad ☐ Otras: _____

6. Polifarmacia (uso de más de 5 fármacos): ☐ Sí ☐ No Especificar: _____

7. Uso de ayuda técnica: ☐ Sí ☐ No Especificar: _____

8. Tiempo desde la cirugía: Especificar: _____ meses

9. Tipo de procedimiento de cadera: ☐ Artroplastia parcial ☐ Artroplastia total ☐

Osteosíntesis Especificar: _____

Instrumento 1: Escala de Tampa para Kinesiofobia (TSK)

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

Instrumento 2: Escala de cadera de Harris – versión modificada (mHHS)

1. DOLOR (44 puntos).

Ninguno o ignora.	44
Leve, ocasional, no afecta a sus actividades.	40
Dolor leve, no afecta a su actividad normal, dolor después de realizar actividades, precisa paracetamol/ metamizol, antiinflamatorios no esteroideos.	30
Moderado, tolerable, a veces leve, precisa tramadol ocasional.	20
Notable, grave.	10
Totalmente, incapacitado.	0

2. FUNCIÓN (47 puntos).

A. Marcha (33 puntos)

Cojera.

Inexistente	11
Leve	8
Moderada	5
Grave	0
Incapaz de caminar	0

Apoyo/soporte

Ninguno	11
Bastón para distancias largas	7
Bastón siempre	5
Una muleta	3
Dos bastones	2
Dos muletas	0
Incapaz de caminar	0

Distancia caminada.

Ilimitada	11
Seis calles	8
Dos o tres calles	5
Solo interior	2
Cama o silla	0

B. Actividades funcionales (14 puntos)

Escaleras

Con normalidad	4
Con normalidad si tiene barandilla	2
Cualquier método	1
Incapaz	0

Zapatos y calcetines

Con facilidad	4
Con dificultad	2
Incapaz	0

Capacidad para sentarse.

Cualquier silla durante una hora	5
En una silla alta durante media hora	3
Incapaz de sentarse cómodamente en ninguna silla	0

Transporte público

Capaz de usar el transporte público	1
Incapaz de usar el transporte publico	0

Anexo 3: Validez de Instrumentos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Mg.

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 Bachiller en terapia física y rehabilitación, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para desarrollar mi investigación con la cual optaré el Título de Lic. en Tecnología Médica en Fisioterapia y Rehabilitación. El título nombre de mi proyecto de investigación es: “Miedo al movimiento y capacidad funcional en pacientes postoperados de fractura de cadera en un centro fisioterapéutico de Lima, 2025” 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 como investigador.

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.

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

Atentamente

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS

TITULO: “Miedo al movimiento y capacidad funcional en pacientes postoperados de fractura de cadera en un centro fisioterapéutico de Lima, 2025”

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	Variable: Miedo al movimiento							
	DIMENSIÓN 1: Evitación de la actividad	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico.	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		
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		
	DIMENSIÓN 2: Daño	Si	No	Si	No	Si	No	
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		
7	No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	Variable: Funcionalidad de cadera							
	DIMENSIÓN 1: Dolor	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Nivel de dolor	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Función	Si	No	Si	No	Si	No	
2	Cojera	X		X		X		
3	Apoyo/soporte	X		X		X		
4	Distancia caminada	X		X		X		
5	Escaleras	X		X		X		
6	Zapatos y calcetines	X		X		X		
7	Capacidad para sentarse	X		X		X		
8	Transporte público	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. Melgarejo Valverde, José Antonio

DNI: 06230600

Especialidad del validador: Neurorrehabilitación/ Docencia y gestión universitaria

10 de Octubre del 2025



Firma del Experto Informante

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

DNI: 08671855

Especialidad del validador:

18 de Octubre del 2025



Firma del Experto Informante

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Ibarra Hurtado Luis

DNI: 41421873

Especialidad del validador: Terapia manual ortopédica

19 de Octubre del 2025



Firma del Experto Informante

Anexo 4: Prueba de normalidad.

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Evitación de actividad	,282	96	,000
Daño percibido	,279	96	,000
Miedo al movimiento	,394	96	,000
Funcionalidad de cadera	,216	96	,000

Los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov mostraron valores de significancia menores a 0,05 en todas las variables y dimensiones evaluadas, indicando ausencia de distribución normal. En consecuencia, se justificó el empleo de procedimientos no paramétricos para el análisis inferencial, utilizándose pruebas de asociación como la chi-cuadrado.

Prueba de confiabilidad

Se realizó el análisis de confiabilidad utilizando como estadístico el alfa de Cronbach entre las variables centrales de estudio para una muestra piloto de 20 observaciones.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,717	4

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Evitación de actividad	6,90	2,305	,364	,729
Daño percibido	6,70	1,589	,616	,581
Miedo al movimiento	6,05	2,050	,765	,555
Funcionalidad de cadera	6,75	1,987	,394	,731

Los resultados de la prueba de confiabilidad evidenciaron un coeficiente alfa de Cronbach de 0,717 para el conjunto de cuatro elementos evaluados ($n = 96$), lo que indicó una consistencia interna aceptable de las variables y dimensiones consideradas en el estudio.

Anexo 5: Aceptación de Recolección de datos



Centro de Rehabilitación y Habilidadación
Especializada en Atención al Niño y Adulto

Sr. (a)	:	Bach. Reynoso Villar, Kimberly Stefania
ASUNTO	:	Permiso de recolección de Datos

Por medio de la presente me dirijo a usted para saludarle y comunicarle con respecto a su solicitud del proceso de recolección de datos para a Tesis "Miedo al movimiento y capacidad funcional en pacientes postoperados de fractura de cadera en un centro fisioterapéutico de Lima, 2025, se le autoriza a realizar su estudio.

Sin otro particular, hago propicia para expresarle mi consideración y estima personal.

Lic. Juana García Cardenas
Fisioterapeuta Neurodesarrollo
CTMP 3760 / NDTA 10424 PT



Anexo 6: Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 27 de noviembre del 2025

Autor Responsable:
KIMBERLY STEFANIA REYNOSO VILLAR

Exp. N°: 3027-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: Miedo al movimiento y capacidad funcional en pacientes postoperados de fractura de cadera en un centro fisioterapéutico de Lima, 2025." Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 12/11/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:
KIMBERLY STEFANIA REYNOSO VILLAR

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

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

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

Atentamente,



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

Anexo 7: Turnitin

Reynoso Villar Kimberly Stefania

TESIS

 Universidad Wiener

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid::14912:594120482

Fecha de entrega
23 may 2026, 9:48 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
23 may 2026, 9:49 p.m. GMT-5

Nombre del archivo
TESIS - copla.docx

Tamaño del archivo
43.0 KB

9 páginas

2690 palabras

15.327 caracteres



Página 1 de 13 · Portada

Identificador de la entrega trn:oid::14912:594120482



Página 2 de 13 · Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::14912:594120482

10% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

10% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 10% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	dspace.ucacue.edu.ec	1%
2	Internet	www.sunarp.gob.pe	<1%
3	Internet	www.coursehero.com	<1%
4	Internet	datospdf.com	<1%
5	Internet	archivosdemedicinadeldeporte.com	<1%
6	Internet	doczz.net	<1%
7	Internet	repositorio.ug.edu.ec	<1%
8	Internet	de.slideshare.net	<1%
9	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
10	Internet	repositorio.udh.edu.pe	<1%
11	Internet	repositorio.upeu.edu.pe:8080	<1%