



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

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

Tesis

Kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física,
periodo 2025

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

Presentado por:

Autora: Upiachihua Estrella, Marlith

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5292-5777>

Asesor: Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud

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

Lima – Perú

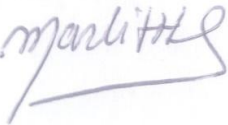
2025

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

Yo, Marlith Upiachihua Estrella, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud
 Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la Tesis “KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA, PERIODO 2025” Asesorado por el docente: Andy Freud Arrieta Córdova DNI 10697600 ORCID 0000-0002-8822-3318, tiene un índice de similitud de 15 (Quince) % con código oid14912458126914, 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
 Marlith Upiachihua Estrella
 DNI:10588642.....

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



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor
 Mg. Andy Arrieta Córdova
 DNI: 10697600.....

Lima, ...01...de...julio de...2025

DEDICATORIA

A dios, por guiarme en mi camino y a mis padres que me dieron la vida, en especial a mi padre que ya no está en la tierra de pequeña me enseñó a no rendirme y me incentivo a superarme.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que han estado a lo largo de mi camino en la vida universitaria, a mi familia a mis maestros a mi asesor de tesis por su compromiso y apoyo todo este tiempo, y a mi compañero de vida David que me motiva a seguir adelante y me dice sigue estudiando y ya saca tu título, este logro no hubiera sido posible sin la ayuda de cada uno de ustedes.

Muchas gracias.

ÍNDICE

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

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.2.1 Problema general.....	3
1.2.2 Problema específico.....	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1 Objetivo general.....	3
1.3.2 Objetivos específicos.....	3
1.4 Justificación de la investigación.....	4
1.4.1 Justificación teórica.....	4
1.4.2 Justificación metodológica.....	4
1.4.3 Justificación practica.....	4
1.5 Limitaciones de la investigación.....	5

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.....	6
2.2 Base teórica.....	10

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación.....	14
3.2 Enfoque de la investigación	14
3.3 Tipo y nivel de investigación.....	14
3.4 Diseño de la investigación	15
3.5 Población, muestra y muestreo.....	15

3.6	Variables y operacionalización.....	17
3.7	Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	18
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	20
3.9	Aspectos éticos	21

CAPITULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS ¡Error!
Marcador no definido.

4.1.	Analisis de los resultados	22
4.2.	Discusion de los Resultados	35

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones.....	38
5.2	Recomendaciones.....	39

CAPITULO VI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS40

ANEXOS

Anexo 1:	Matriz de consistencia
Anexo 2:	Instrumento
Anexo 3:	Validez del instrumento
Anexo 4:	Confiabilidad
Anexo 5:	Formato de consentimiento informado
Anexo 6:	Carta de solicitud a la institución
Anexo 7:	Carta de aceptación para la recolección de datos
Anexo 8:	Aprobación del comité de ética
Anexo 9:	Reporte de similitud del Túrnitin

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla n.º1 Estadísticos descriptivos de la edad de la muestra.	Pag. 22
2. Tabla n.º2 Distribución por grupo etario de la muestra.	Pag. 22
3. Tabla n.º3 Distribución por sexo de la muestra.	Pag. 24
4. Tabla n.º4 Estadísticos descriptivos del peso de la muestra.Pag. 25
5. Tabla n.º5 Distribución por peso de la muestra.Pag. 25
6. Tabla n.º6 Estadísticos descriptivos de la estatura de la muestra.Pag. 26
7. Tabla n.º7 Distribución por estatura de la muestra.	Pag. 26
8. Tabla n.º8 Distribución por Índice de Masa Corporal (IMC) de la muestra.	Pag. 28
9. Tabla n.º9 Distribución por estado civil de la muestra.Pag. 29
10. Tabla n.º10 Distribución del nivel de kinesiofobia.Pag. 30
11. Tabla n.º11 Distribución del nivel de kinesiofobia según la edad.	Pag. 31
12. Tabla n.º12 Distribución del nivel de kinesiofobia según el sexo.	Pag. 33
13. Tabla n.º13 Distribución del nivel de kinesiofobia según el Índice de Masa Corporal (IMC).	Pag. 34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Figura n.º1 Distribución por grupo etario de la muestra.	Pag. 23
2. Figura n.º2 Distribución por sexo de la muestra.	Pag. 24
3. Figura n.º3 Distribución por peso de la muestra.	Pag. 25
4. Figura n.º4 Distribución por estatura de la muestra.	Pag. 27
5. Figura n.º5 Distribución por Índice de Masa Corporal (IMC) de la muestra.	Pag. 28
6. Figura n.º6 Distribución por estado civil de la muestra.	Pag. 29
7. Figura n.º7 Distribución del nivel de kinesiophobia.	Pag. 30
8. Figura n.º8 Distribución del nivel de kinesiophobia según la edad.	Pag. 31
9. Figura n.º9 Distribución del nivel de kinesiophobia según el sexo.	Pag. 33
10. Figura n.º10 Distribución del nivel de kinesiophobia según el Índice de Masa Corporal (IMC).	Pag. 34

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025. **Materiales y Métodos:** Estará conformado por pacientes con dolor lumbar crónico de edades de 40 a 60 años, enfoque cuantitativo de cohorte transversal y utilizo la escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK-11). **Resultados:** El grupo predominante corresponde a los pacientes de 40 a 49 años, quienes representan el 29.4%, se observó una proporción equilibrada entre ambos grupos, con una ligera mayoría de pacientes masculinos, el 61.1% de los pacientes con sobrepeso tiene un bajo nivel de kinesiofobia y el 38.9% un nivel alto, en el caso de las pacientes femeninas, el 52.4% presenta un bajo nivel de kinesiofobia y para el grupo de 50 a 59 años, el 47.8% presenta un bajo nivel de kinesiofobia y el 52.2% un nivel alto. **Conclusiones:** La prevalencia de kinesiofobia aumenta con la edad, siendo del 100% en el grupo de 70 a 75 años, se presenta más en hombres que en mujeres, en contraste con otros estudios que han indicado lo contrario, los pacientes con peso normal presentan mayores niveles de kinesiofobia, mientras que aquellos con sobrepeso presentan una menor incidencia.

Palabras Claves: Kinesiofobia, Factores sociodemográficos, lumbalgia crónica

ABSTRAC

Objective: To determine the level of kinesiophobia in patients with chronic low back pain at a physical therapy center during the 2025 period. **Materials and Methods:** The study will include patients aged 40 to 60 years with chronic low back pain. It follows a cross-sectional cohort quantitative approach and uses the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-11).

Results: The predominant group consists of patients aged 40 to 49 years, representing 29.4%. A balanced proportion was observed between both groups, with a slight majority of male patients. Among overweight patients, 61.1% have a low level of kinesiophobia, while 38.9% have a high level. Regarding female patients, 52.4% exhibit a low level of kinesiophobia. In the 50 to 59 age group, 47.8% have a low level of kinesiophobia, while 52.2% show a high level. **Conclusions:** The prevalence of kinesiophobia increases with age, reaching 100% in the 70 to 75 age group. It is more common in men than in women, contrasting with other studies that have suggested the opposite. Patients with normal weight exhibit higher levels of kinesiophobia, whereas overweight individuals show a lower incidence.

Keywords: Kinesiophobia, Sociodemographic Factors, Chronic Low Back Pain

INTRODUCCION

La lumbalgia crónica es una afección que afecta a millones de personas en el mundo, limitando su funcionalidad y calidad de vida. Sin embargo, más allá del dolor físico, existe un componente psicológico que juega un papel fundamental en la evolución de la enfermedad: la kinesiofobia. Este término hace referencia al miedo excesivo al movimiento y la actividad física, el cual puede derivar en la evitación de ejercicios o tareas cotidianas, perpetuando el ciclo de dolor y discapacidad. En este estudio, exploramos la influencia de la kinesiofobia en los factores sociodemográficos de pacientes con lumbalgia crónica, además de analizar las intervenciones terapéuticas que pueden contribuir a mitigar sus efectos. En el Capítulo 1, se aborda la problemática del estudio, junto con su formulación, objetivos, relevancia y limitaciones. El Capítulo 2 desarrolla la fundamentación teórica. En el Capítulo 3, se describe la metodología empleada y el análisis estadístico utilizado para medir los fenómenos en estudio. El Capítulo 4 expone los resultados obtenidos y su correspondiente discusión. Finalmente, el Capítulo 5 presenta las conclusiones relacionadas con cada objetivo, junto con recomendaciones, el Capítulo 6 se expone las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La lumbalgia es una de las principales causas de discapacidad, afectando a individuos de todas las edades a nivel mundial (1). En el año 2020 se documentaron 619 millones de casos, y las proyecciones indican que esta cifra podría aumentar hasta 843 millones para el año 2050 (2). Esta patología, que deteriora de manera significativa la calidad de vida de millones de personas, representa un reto considerable para los sistemas de salud globales, dada su alta prevalencia y el notable impacto en la funcionalidad y el bienestar de los afectados (3).

Un factor determinante que dificulta el manejo de la lumbalgia crónica fue la kinesiofobia, definida como el miedo patológico al movimiento motivado por el temor a experimentar dolor o sufrir daños adicionales (4). Dicha condición perpetuó el ciclo de dolor e inactividad, provocando la cronicidad de la lumbalgia y reduciendo tanto la funcionalidad física como la estabilidad psicológica de los pacientes (5). La percepción del dolor varía significativamente entre los individuos y puede estar influenciada por factores como el género, la edad y experiencias previas (6). Aunque evitar movimientos dolorosos tras una lesión aguda puede ser beneficioso al prevenir un empeoramiento y favorecer una recuperación más rápida, prolongar esta evitación más allá del tiempo necesario obstaculiza la recuperación funcional, mantiene el dolor y agrava las discapacidades (6).

Diversos estudios recientes destacan la importancia de tratar la kinesiofobia en rehabilitación. Un estudio mostró que alrededor del 30% de los pacientes con niveles elevados de kinesiofobia obtuvo peores resultados en la rehabilitación, presentando además un deterioro preoperatorio más marcado en su capacidad funcional (7). Asimismo, los pacientes con lumbalgia desarrollaron formas más severas de kinesiofobia, independientemente de la intensidad del dolor, lo que afectó negativamente su calidad de vida (8). Otro estudio indicó que una atención excesiva a estímulos relacionados con el dolor, así como el recuerdo de lesiones previas (con un promedio de cuatro años de antigüedad), contribuyó significativamente a la intensificación del miedo al movimiento y al riesgo de nuevas lesiones (9).

En el Perú, la lumbalgia es una de las principales causas de consulta médica y discapacidad. Sin embargo, existe una notable escasez de estudios que aborden específicamente la kinesiofobia en pacientes con lumbalgia, así como otros factores asociados. Una investigación realizada en el Hospital Militar Central encontró que más del 50% de los pacientes con dolor lumbar presentaban un nivel moderado de discapacidad (10). Asimismo, otro estudio llevado a cabo en Cañete, Lima, observó una correlación entre el nivel de kinesiofobia y variables como la edad y la ocupación en una muestra de 210 pacientes adultos mayores con lumbalgia crónica inespecífica (11).

En un centro de terapia física se reporta la presencia de un grupo considerable de pacientes que presentan kinesiofobia, especialmente entre aquellos que padecen lumbalgia. Asimismo, se observó que este temor al movimiento no solo retrasa el proceso de recuperación, sino que también aumenta la demanda de intervenciones terapéuticas prolongadas. Por lo tanto, se plantea la necesidad de determinar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Qué nivel tiene la kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de los pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025?
2. ¿Qué nivel tiene la kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica según la edad de un centro de terapia física, periodo 2025?
3. ¿Qué nivel tiene la kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica según el sexo de un centro de terapia física, periodo 2025?
4. ¿Qué nivel tiene la kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica según el Índice de masa corporal (IMC) de un centro de terapia física, periodo 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar los factores sociodemográficos de los pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025.
2. Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica según la edad de un centro de terapia física, periodo 2025.
3. Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica según el sexo de un centro de terapia física, periodo 2025.

4. Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica según el Índice de masa corporal (IMC) de un centro de terapia física, periodo 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

La kinesiofobia, entendida como el temor al movimiento relacionado con el dolor, ha sido ampliamente estudiada en la literatura científica; sin embargo, su impacto en la lumbalgia aún requiere mayor análisis. Se plantea que este fenómeno podría intensificar los síntomas de la lumbalgia y limitar la funcionalidad de los pacientes, afectando negativamente su proceso de recuperación. Además, la justificación teórica se apoya en la necesidad de subsanar las brechas existentes en el conocimiento, ya que son escasos los estudios que aborden específicamente la kinesiofobia en personas con lumbalgia crónica. Este enfoque permitirá integrar modelos biopsicosociales que expliquen de manera más completa cómo influyen las variables psicológicas en la evolución del dolor, contribuyendo a enriquecer la base teórica y a orientar futuras investigaciones en el área de la rehabilitación.

1.4.2. Justificación Metodológica

La justificación metodológica radica en la aplicación de una escala denominado Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK-11), lo cual está diseñado para una población con dolores musculoesqueléticos y validado por jueces expertos. Además, esta investigación dispone de una ficha de recopilación de datos que contiene preguntas destinadas a obtener información sociodemográfica, tales como edad y género, así como la puntuación final del nivel de kinesiofobia. Por lo tanto, esta investigación no solo aportará una validación adicional de una escala, sino que también ofrecerá información valiosa sobre la kinesiofobia.

1.4.3. Justificación Práctica

La kinesiofobia puede perpetuar la lumbalgia al restringir la movilidad y la participación en actividades físicas. Conocer el grado de temor al movimiento permite a los profesionales de

la salud desarrollar programas de ejercicio y estrategias conductuales adaptadas a las necesidades específicas de cada paciente, lo que optimiza la adherencia al tratamiento y reduce la discapacidad asociada. Esto, a su vez, puede disminuir los costos del manejo del dolor crónico y mejorar significativamente la calidad de vida. Por otro lado, los resultados de esta investigación proporcionarán datos clínicos valiosos que podrán incorporarse en las guías de práctica clínica, fomentando un abordaje multidisciplinario del tratamiento de la lumbalgia. La identificación temprana de altos niveles de kinesiofobia facilitará la implementación de intervenciones preventivas, evitando la progresión del dolor y sus consecuencias a largo plazo, y contribuyendo a una utilización más eficiente de los recursos en el sistema de salud.

1.5. Limitaciones de la investigación

1. **Acceso a información o datos** – La disponibilidad limitada de fuentes confiables restringió el análisis y redujo la precisión de los hallazgos obtenidos.
2. **Viabilidad económica y temporal** – La insuficiencia de recursos financieros y la restricción del tiempo disponible afectaron la profundidad del estudio y la posibilidad de ampliar el alcance de la investigación.
3. **Factores externos no controlables** – Cambios ambientales, políticos y económicos influyeron en los resultados, generando variaciones que no pudieron ser anticipadas ni controladas.
4. **Ética y consentimiento informado** – Las restricciones en la recopilación de datos limitaron el acceso a información relevante y condicionaron la muestra utilizada en el estudio.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

ALMohiza et al. (12) dispusieron su propósito “*Evaluar la correlación entre la kinesiofobia y el deterioro del sentido de la posición de la articulación lumbar en individuos con lumbalgia crónica*”. El presente trabajo se desarrolló bajo una metodología descriptiva, con un esquema no experimental y de corte transversal, reuniendo a 83 sujetos (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: El análisis evidenció una correlación positiva moderada y significativa ($p < 0,001$) entre la kinesiofobia y el LJPS en diversos movimientos de la columna lumbar, incluyendo flexión ($r = 0,51$), extensión ($r = 0,41$), inclinación lateral izquierda ($r = 0,37$) y derecha ($r = 0,34$). Los individuos con lumbalgia crónica presentaron mayores errores en la percepción de la posición de la articulación lumbar en comparación con aquellos asintomáticos ($p < 0,05$). Además, los análisis de mediación indicaron que el dolor desempeñó un papel significativo en la relación entre la kinesiofobia y la percepción de la posición articular lumbar ($p < 0,05$). Se concluyó que, la kinesiofobia y la percepción de la posición de la articulación lumbar se correlacionaron 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 pesquisa fue de alcance correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra poblacional estuvo conformada por un total de 224 pacientes con lumbalgia crónica inespecífica en hospitales terciarios de Nigeria. Se utilizaron la Escala Tampa de Kinesiofobia, el Índice de Discapacidad de Oswestry, el Cuestionario de Autoeficacia del Dolor y la Escala Numérica de Calificación del Dolor para evaluar la kinesiofobia, la discapacidad, la autoeficacia y la intensidad del dolor, respectivamente. Los resultados fueron: La mayoría de los integrantes presentó un nivel elevado de kinesiofobia (92%), acompañado de una baja percepción de autoeficacia (68,8%). Además, se registró que más de la mitad de los evaluados manifestó un dolor de intensidad moderada (58,0%) y una discapacidad de grado moderado (57,1%). El análisis estadístico reveló una correlación positiva, aunque débil, entre la kinesiofobia y la intensidad del dolor ($r = 0,138$, $p = 0,040$). Asimismo, se determinó que variables como el sexo, la percepción de autoeficacia, la intensidad del dolor y el nivel de discapacidad influyeron significativamente en el grado de kinesiofobia ($p < 0,05$). Se concluyó que, los pacientes con dolor lumbar crónico no específico mostraron niveles elevados de kinesiofobia.

Kumar et al. (14) en su estudio tuvieron como objetivo “*Analizar el impacto de la kinesiofobia en la resistencia de los extensores lumbares en pacientes con dolor lumbar crónico e individuos asintomáticos*”. Esta investigación fue de alcance correlacional, de diseño experimental y de corte longitudinal. La muestra estuvo conformada por 200 participantes con dolor lumbar crónico y 400 asintomáticos. La kinesiofobia, la resistencia lumbar y la intensidad del dolor se evaluaron con la Escala de Tampa, la prueba de extensión lumbar de Soren y la Escala Analógica Visual (EAV), respectivamente. Los resultados

fueron: Se observó que la prevalencia de la kinesiofobia era mayor en los pacientes con dolor lumbar crónico (30%) que en los controles (11%), es decir, $(6,49 \pm 0,52; d= 1,07)$ más en los pacientes con dolor lumbar crónico que en los controles. La resistencia lumbar fue significativamente inferior en el dolor lumbar crónico que en los controles $(-20,5 \pm 6,84)$, afectada además por la presencia de kinesiofobia, ya que la resistencia lumbar se correlacionó negativamente $(r = -0,09)$ con la kinesiofobia. Además, la EAV $(r = 0,2)$ se correlacionó positivamente con la kinesiofobia en los pacientes con dolor lumbar crónico. Se concluyó que, hubo una elevada prevalencia de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar crónico. Además, la presencia de kinesiofobia mostró una fuerte relación lineal con la resistencia lumbar y la intensidad del dolor entre los pacientes con dolor lumbar crónico.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Bojanich (15) tuvo como propósito *“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”*. Esta pesquisa se basó en un análisis descriptivo, mediante un esquema de observación y de corte temporal transversal. Estuvo conformada por 65 individuos atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa, los cuales se les administró un cuestionario para la reunión 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 género 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. Los individuos con mayor prevalencia de kinesiofobia tuvieron una edad promedio de 49 años y un peso de 69 kg.

Martínez (16) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la influencia de la Kinesiofobia en el nivel de dolor lumbar crónico de los cirujanos dentistas de la ciudad de Tacna, 2021”*. Esta pesquisa fue de alcance correlacional, de diseño observacional, de corte transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 136 cirujanos dentistas de la ciudad de Tacna; los cuales se les administró la Escala de Kinesiofobia de Tampa para la medición del nivel de kinesiofobia, y el Cuestionario Nórdico de Kuorinka para la medición del nivel de dolor lumbar crónico. Los resultados fueron: El 66,2% era del género femenino, mientras que el de género masculino representó el 33,8%. En cuanto a la kinesiofobia, el 62,5% de los profesionales evaluados presentó un nivel alto, mientras que el 37,5% mostró un nivel bajo. Estos datos reflejaron una mayor predisposición a la kinesiofobia en la mayoría de los participantes, lo que podría estar asociado a la naturaleza de su actividad laboral y las exigencias físicas que esta implica. Respecto al dolor lumbar, el 52,5% de los participantes manifestó haber experimentado esta molestia por menos de una hora. En términos de intensidad, el 42,4% reportó un dolor de nivel moderado, mientras que el 57,6% indicó que su malestar persistió entre uno y siete días. Se concluyó que, el chi-cuadrado mostró un P-valor de 0,000 ($<0,05$), evidenciando la influencia de la kinesiofobia en el dolor lumbar crónico en cirujanos dentistas de Tacna. Sin embargo, el coeficiente de contingencia de 0,364 indicó una relación de baja intensidad.

Tipula (17) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la relación entre la kinesiofobia y la incapacidad funcional en pacientes con lumbalgia del Centro de Rehabilitación Física Neurológica - CERFINEURO, 2021”*. El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, con un alcance correlacional, un diseño no experimental y un corte transversal. Ochenta pacientes con lumbalgia, de ambos géneros y con edades comprendidas entre 20 y 60 años, fueron evaluados en este estudio. Se utilizó la Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK) en español, junto con el Cuestionario Oswestry para medir la discapacidad relacionada con el

dolor lumbar. Los resultados fueron: El análisis de los pacientes con lumbalgia, comprendidos entre 20 y 60 años de ambos sexos, evidenció que el 11% presentó un nivel bajo de kinesiofobia, mientras que el 89% mostró un nivel alto. En cuanto a la funcionalidad, solo el 1% experimentó una limitación moderada, el 44% presentó discapacidad y el 55% tuvo una restricción funcional severa. Se detectó una relación estadísticamente significativa entre la kinesiofobia y la incapacidad funcional ($p=0,004$, Spearman 0,320). Del mismo modo, se halló una correlación entre la evitación de la actividad física y la incapacidad funcional ($p=0,002$, Spearman 0,340), así como entre la percepción somática de la kinesiofobia y la limitación funcional ($p=0,002$, Spearman 0,340). El estudio reveló que un alto nivel de miedo al movimiento y deterioro funcional estuvo presente en individuos con discapacidad. Asimismo, se observó una asociación entre la kinesiofobia y la reducción de la funcionalidad en pacientes con lumbalgia.

2.2. Base teórica

2.2.1. Kinesiofobia

La kinesiofobia se define como un temor patológico que impide la ejecución de movimientos percibidos como potencialmente dolorosos o lesivos, generalmente debido a experiencias previas de lesión. Esta fobia genera consecuencias físicas y sociales significativas en quienes la experimentan. Además, su aparición se asocia estrechamente con diversos problemas de salud, tales como el dolor lumbar crónico, el síndrome de fatiga crónica y el síndrome de dolor regional complejo (18).

Esta condición provoca limitaciones funcionales en el movimiento de las articulaciones y afecta negativamente la autonomía y la calidad de vida de quienes la padecen. La movilidad es esencial para mantener la funcionalidad y prevenir la morbilidad y mortalidad. Sin embargo, la kinesiofobia provoca la adopción de posturas rígidas y limita el movimiento, lo que genera una sobrecarga en otras partes del cuerpo y empeora la situación. (19).

La kinesiofobia se constituye como una herramienta esencial para evaluar la interrelación entre cognición, emociones, comportamiento y dolor. Esto posibilita la adopción de un enfoque integral en el tratamiento, abordando tanto los aspectos físicos como los componentes mentales y emocionales que influyen en la percepción y manejo del dolor (20). Según la evidencia, se pueden aplicar técnicas terapéuticas que abordan tanto los aspectos físicos como los psicológicos del dolor, con el propósito de lograr un tratamiento más eficaz y duradero. Comprender esta dualidad resulta fundamental para el manejo, la prevención y la rehabilitación de los trastornos musculoesqueléticos (21).

2.2.1.1. Factores relacionados a la kinesiofobia

La kinesiofobia surge por diversos factores, entre los que se incluyen experiencias de dolor lumbar intenso, impredecible y difícil de manejar. También juegan un papel experiencias previas negativas, creencias sociales sobre el dolor y la discapacidad, la constante búsqueda de un diagnóstico preciso y los fracasos repetidos en el control del dolor, entre otros aspectos. (22) Además, factores psicológicos como la depresión y la ansiedad, así como el contexto social y cultural de cada persona, influyen en su desarrollo. Identificar y tratar la kinesiofobia es fundamental, ya que tiene una consecuencia adversa en la calidad de vida, limita las actividades cotidianas y aumenta la dependencia de otros. (23) Por ello, es crucial adoptar un enfoque multidisciplinario para tratar el dolor lumbar, que incluya tanto la evaluación como el manejo de la kinesiofobia.

2.2.1.2. Kinesiofobia en la lumbalgia

Las personas que padecen lumbalgia y experimentan kinesiofobia disminuyen sus actividades físicas, lo que obstaculiza significativamente 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” (24).

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” (25).

2.2.1.3. Tratamiento para la kinesiophobia

Como parte integral del tratamiento, se recomienda inicialmente la práctica de actividad física, con el objetivo de que el paciente restablezca el estilo de vida que tenía antes de la lesión. Este enfoque se orienta a reincorporar gradualmente al paciente en sus actividades cotidianas y rutinas habituales de manera segura (26). En el campo de la fisioterapia se emplea el ejercicio terapéutico para superar gradualmente el miedo al movimiento y mejorar la movilidad del paciente. “Las intervenciones no se centran en reactivar directamente el tejido dañado, sino que exponen al paciente a una serie de ejercicios progresivos que restauran la función y el movimiento, permitiendo un fortalecimiento paulatino y eficaz del área afectada” (27).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se ha consolidado como una intervención eficaz para abordar la kinesiophobia en pacientes con dolor lumbar crónico. Es fundamental que el paciente entienda que, aunque su estado psicológico no es la causa directa del dolor, sí influye negativamente en su bienestar mental. La TCC ha demostrado ser eficaz en la disminución de la kinesiophobia y la mejora de la calidad de vida de los participantes. 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 (28).

En la fisioterapia para el dolor lumbar, se busca disminuir la kinesiofobia, es decir, la aversión al movimiento, para que el paciente participe activamente en su proceso de rehabilitación. Aquí tienes la oración reescrita de manera original:

Es fundamental entender que el dolor lumbar no siempre indica un daño estructural grave. El movimiento y la actividad física son claves para la recuperación. Un fisioterapeuta elabora un plan de ejercicios con actividades graduales y progresivas, permitiendo al paciente aumentar su tolerancia al dolor y la actividad de manera segura, con el objetivo de fortalecer y estabilizar la columna vertebral. (29).

Aquí tienes una versión reescrita de manera concisa y humana:

El dolor lumbar a menudo se asocia con el estrés y la ansiedad. Es crucial que los pacientes aprendan técnicas de relajación y manejo del estrés para controlar mejor estos factores y aliviar el dolor. “Si el dolor resulta de una actividad particular, el fisioterapeuta puede ayudar al paciente a modificar sus actividades para reducir la presión sobre la columna vertebral y evitar lesiones futuras”. Así, la fisioterapia aborda la kinesiofobia mediante ejercicios terapéuticos que exponen gradualmente al paciente a movimientos temidos, mejorando la movilidad y reduciendo el miedo al movimiento. Este enfoque no se centra en la reparación directa del tejido dañado, sino en la restauración progresiva de la función y el movimiento a través de una serie de ejercicios escalonados, permitiendo un fortalecimiento gradual y efectivo del área afectada (30).

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El análisis adopto el método deductivo. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (31), 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”.

3.2. Enfoque de la investigación

Esta pesquisa adopto un enfoque cuantitativo. Según Bastidas, Medina, Báez, Antoima y Bastidas (32), este enfoque “permite recopilar datos y analizar fenómenos estadísticos desde una perspectiva numérica. Además, posibilita la comparación de los resultados con otras investigaciones, asegurando la validez y la replicabilidad del estudio”.

3.3. Tipo y nivel de investigación

Esta pesquisa fue de tipo básica. Según Yangali, Guerrero, Rivera, Acuña y Arellano (33), este tipo de investigación “se centra en ampliar el conocimiento teórico sobre diversos fenómenos sin buscar aplicaciones prácticas inmediatas”. Según Arispe et al. (33), 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”.

3.4. Diseño de la investigación

Esta pesquisa adopto el diseño no experimental. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (33), este diseño “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”.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

El análisis empleo una población conformada por todos los pacientes con respecto a los criterios de selección. Tomando de referencia a la población del periodo anterior, será 85 pacientes del centro de terapia física CERFINEURO.

3.5.2. Muestra

La pesquisa empleo una muestra conformada por todos los pacientes con respecto a los criterios de selección, que serán los 85 pacientes del centro de terapia física CERFINEURO.

3.5.3. Muestreo

El análisis empleo un muestreo no probabilístico de tipo censal, lo que implica que se incluirá a los 85 pacientes del centro de terapia física CERFINEURO. y cumplan con los criterios de selección establecidos.

Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión:**
 - ✓ Pacientes de ambos géneros.
 - ✓ Pacientes de edad entre los 40 y 60 años
 - ✓ Pacientes con diagnostico medico de lumbalgia crónica.
 - ✓ Pacientes que entiendan y acepten el consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión:**

- ✓ Pacientes con presencia de neoplasias o tumores.
- ✓ Pacientes embarazadas.
- ✓ Pacientes que presentaron fracturas en la columna lumbar.
- ✓ Pacientes post-operados de la columna lumbar.
- ✓ Pacientes con trastorno o discapacidad mental.
- ✓ Pacientes que no completan la encuesta.

3.6. Variables y operacionalización

<i>Variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Escala valorativa (niveles o rangos)</i>
Kinesiofobia	Se define como un temor patológico que impide la ejecución de movimientos percibidos como potencialmente dolorosos, debido a experiencias previas de lesión.	Se realizará mediante la Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK-11) que evalúa la percepción del miedo al movimiento en pacientes con preocupaciones sobre el dolor o lesiones musculoesqueléticas.	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
Características sociodemográficas	Se refiere al conjunto de rasgos biológicos, socioeconómicos y culturales presentes en la población que se está estudiando.	Se realizará mediante una ficha de recolección de datos constituido en seis dimensiones sobre los aspectos relacionados con el perfil social y demográfico de los participantes y de la enfermedad que padecen.	Edad	Tiempo vivido de una persona desde su nacimiento.		<ul style="list-style-type: none"> • Edad entre los 40 y 60 años
			Sexo	Conjunto de características de los individuos de una especie.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
			Estado civil	Es una situación personal en la cual una persona física establece vínculos legalmente reconocidos con otra, sin que exista parentesco directo.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo • Conviviente • Divorciado • Separado
			Peso	Medición de la gravedad que actúa sobre el participante	De razón o proporción	<ul style="list-style-type: none"> • En kilogramos
			Estatura	Medición de la altura de una persona desde los pies a la cabeza.	De razón o proporción	<ul style="list-style-type: none"> • En centímetros
			Índice de masa corporal (IMC)	Relación entre el peso corporal y la estatura del individuo.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajo peso = < a 18,5 ✓ Peso normal = 18,5 - 24,9 ✓ Sobrepeso = 25 - 29,9 ✓ Obesidad grado I = 30 - 34,9 ✓ Obesidad grado II = 35 - 39,9 ✓ Obesidad grado III = > a 40

3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La encuesta fue la técnica utilizada en esta pesquisa. Según Hechavarría (34), esta técnica “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”.

El procedimiento de recolección de datos incluyó varias actividades. Primero, se solicitó autorización al gerente general, Lic. Rolando Pérez Rojas, del Centro de Terapia Física CERFINEURO., mediante una solicitud formal (Anexo 5). Este permiso permitió desarrollar el proyecto entre marzo y mayo de 2025, y posteriormente, se presentarán las conclusiones en formato de tesis y artículo científico. La selección de los participantes se realizó según los criterios previamente establecidos y con el apoyo del licenciado encargado del servicio de fisioterapia. Luego, cada participante firmó un consentimiento informado (Anexo 4) y recibió una copia del documento como constancia de su participación voluntaria.

Posteriormente, se aplicó la Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK-11), que consta de 11 ítems diseñados para evaluar el miedo al movimiento en pacientes con preocupaciones relacionadas con el dolor o lesiones musculoesqueléticas. Además, se registraron datos personales como edad y género en una ficha de recolección de datos. Este cuestionario tomará aproximadamente 15 minutos y se aplicó antes de la sesión de tratamiento fisioterapéutico. Finalmente, los resultados se almacenaron de manera digital en una base de datos protegida mediante el sistema de cifrado Advanced Encryption Standard (AES), garantizando tanto la confidencialidad como el anonimato de los participantes.

3.7.2. Instrumentos de recolección de datos

La encuesta fue el instrumento utilizado en esta investigación (Anexo 2). Según Hechavarría (34), la encuesta “permite 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”.

Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK-11)

La Escala de Tampa fue desarrollada como un instrumento de autoinforme compuesto por 17 ítems con el propósito de medir el miedo que las personas pueden experimentar hacia el ejercicio o la actividad física. Su aplicación permite identificar tanto la presencia como la gravedad de la kinesiofobia, es decir, el temor al movimiento debido a la percepción de dolor o riesgo de lesión. Para este estudio, se emplea la versión española reducida de la escala, conocida como TSK-11, la cual conserva 11 de las 17 preguntas originales. Estas se centran específicamente en evaluar la intensidad del dolor y los síntomas asociados a la afección musculoesquelética del paciente (35).

El cuestionario asigna a cada respuesta un valor numérico dentro de una escala que varía del 1 al 4. Una puntuación de 1 refleja que el participante está completamente en desacuerdo con la afirmación, mientras que un puntaje de 2 indica desacuerdo parcial. Un valor de 3 significa que la persona está parcialmente de acuerdo con la afirmación planteada, y una puntuación de 4 señala un acuerdo total (36).

La escala permite obtener un puntaje mínimo de 11 y un máximo de 44 puntos. Un resultado comprendido entre 11 y 27 puntos sugiere que el paciente presenta un bajo nivel de kinesiofobia, lo que implica una menor limitación en su actividad física debido al miedo al movimiento. En cambio, una puntuación dentro del rango de 28 a 44 puntos indica un alto nivel de kinesiofobia, lo que sugiere una mayor restricción en la realización de actividades por temor a experimentar dolor o agravar su condición (36).

Ficha técnica

Nombre:	Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK-11)
Autor:	Hapidou EG, O'Brien MA, Pierrynowski MR, de Las Heras E, Patel M, Patla T.
Población:	En 74 pacientes con dolor crónico heterogéneo
Tiempo:	Entre abril y junio del 2010
Momento:	No se menciona
Lugar:	Srinivas College of Physiotherapy and Research Centre OPD, varias clínicas privadas en y alrededor de Karnataka
Validez:	Tuvo una validez de constructo convergente transversal entre el TSK-11 y las puntuaciones de la Escala de Catastrofismo del Dolor al ingreso (37).
Confiabilidad:	La fiabilidad test-retest fue de 0,81 (entre 0,58-0,93) (37).
Tiempo de llenado:	10 min.
Número de ítems:	11 ítems
Dimensiones:	No presenta dimensiones
Alternativas de respuesta:	Las respuestas están clasificadas según la escala Likert, que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo)
Baremos (niveles, grados) de la variable:	<ul style="list-style-type: none">• Bajo nivel de kinesiofobia• Alto nivel de kinesiofobia

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Las cifras estuvieron compiladas mediante Microsoft Word y analizados con IBM SPSS Statistics versión 26.0 para obtener resultados, mientras que Microsoft Excel versión 2021 se utilizó para la elaboración de tablas y gráficos. No se llevó a cabo un análisis de hipótesis, ya que el estudio tuvo un enfoque descriptivo. Se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (varianza, desviación estándar) para evaluar variables cuantitativas. En el análisis bivariado, se aplicaron pruebas de Normalidad e hipótesis debido

a la naturaleza categórica de una de las variables. Además, se presentaron gráficos para facilitar la interpretación de los hallazgos.

3.9. Aspectos éticos

Este estudio sigue los estándares éticos de investigación, basándose en los principios de Helsinki y las normativas de la Universidad Norbert Wiener, con la aprobación del Comité de Ética de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia. Además, se solicitó el consentimiento informado de los participantes mediante un documento redactado en un lenguaje claro para asegurar su comprensión. Las decisiones de los participantes respecto a su inclusión en el estudio se consideran información científica, respetando su derecho a retirarse si así lo deciden. No se les expone a riesgos que afecten su integridad, garantizando su anonimato y confidencialidad mediante un código de registro en la base de datos, a la cual solo accede el investigador principal.

CAPITULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

Durante el año 2025, un total de 85 pacientes con lumbalgia crónica participaron en este estudio realizado en un centro de terapia física. La muestra estuvo conformada por hombres y mujeres que cumplían los requisitos de evaluación. Posteriormente se detallan los hallazgos obtenidos.

4.1.1 Características sociodemográficas de la muestra

Tabla n.º1: Estadísticos descriptivos de la edad. .

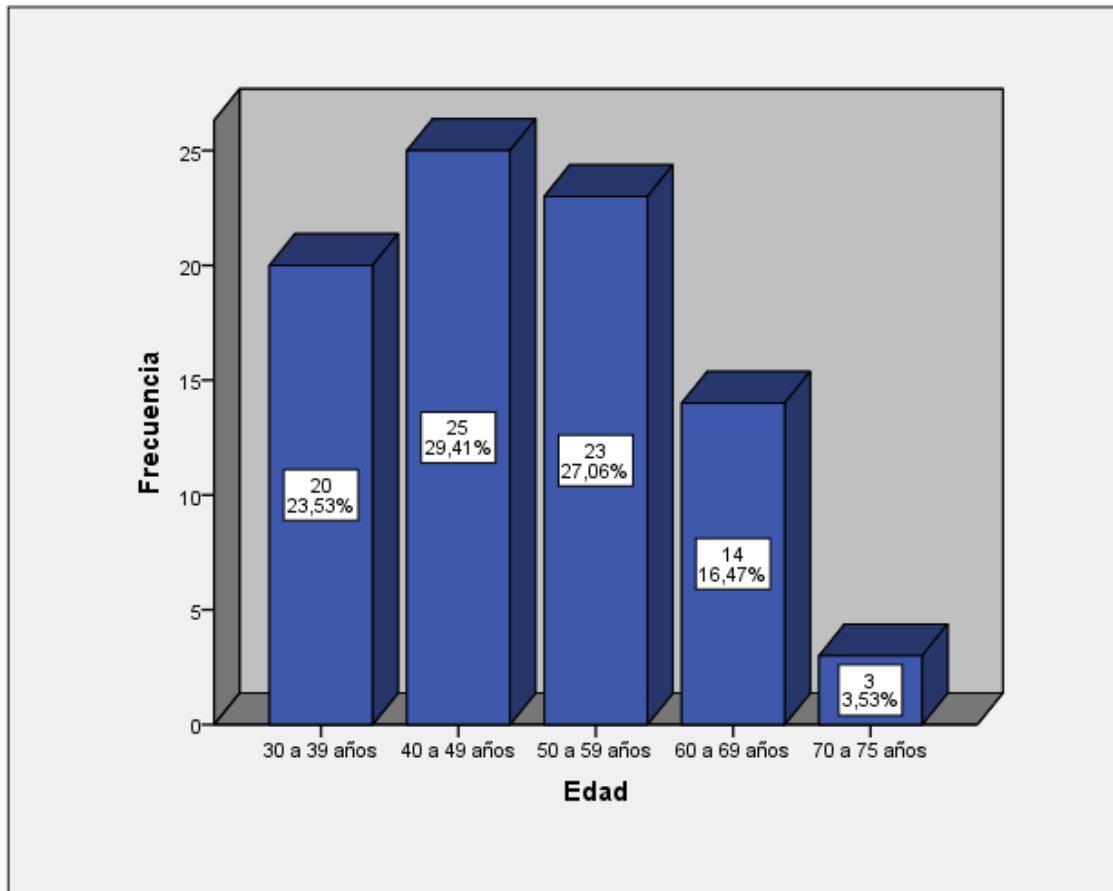
Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	85	30	75	48,06	10,498

La Tabla n.º1 muestra que la muestra estuvo compuesta por 85 pacientes con lumbalgia crónica. La edad promedio de los pacientes fue de 48.06 años, con una desviación estándar de ± 10.50 años y un rango de edad que oscila entre 30 y 75 años.

Tabla n.º2: Distribución por grupo etario.

Edad			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
30 a 39 años	20	23,5	23,5
40 a 49 años	25	29,4	52,9
50 a 59 años	23	27,1	80,0
60 a 69 años	14	16,5	96,5
70 a 75 años	3	3,5	100,0
Total	85	100,0	

Figura n.º1: Distribución por grupo etario.

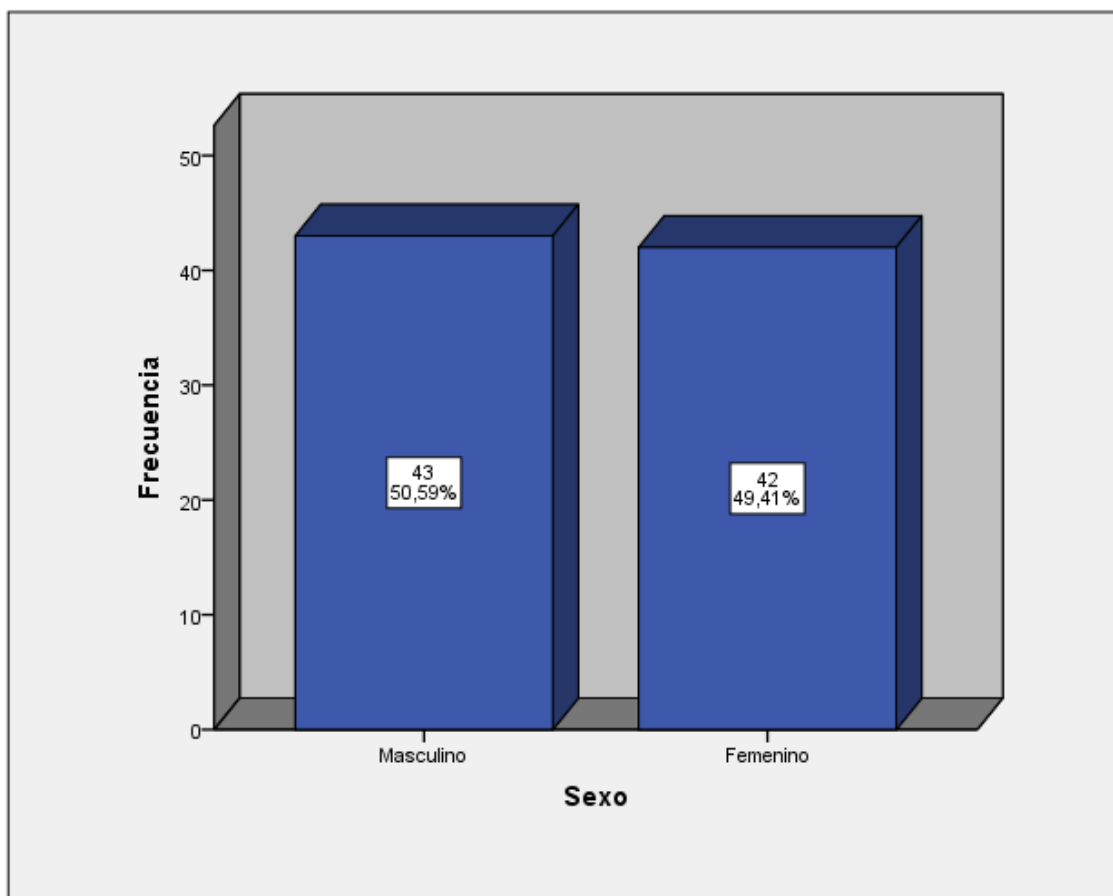


La Tabla n.º2 y la Figura n.º1 El grupo predominante correspondió a los pacientes de 40 a 49 años, quienes representan el 29.4% del total. Le sigue el grupo de 50 a 59 años, con el 27.1%, y el grupo de 30 a 39 años, que constituye el 23.5%. Los pacientes de 60 a 69 años representan el 16.5%, mientras que el grupo de 70 a 75 años constituye el 3.5% del total.

Tabla n.º3: Distribución por sexo.

Sexo			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	43	50,6	50,6
Femenino	42	49,4	100
Total	85	100	

Figura n.º2: Distribución por sexo.



La Tabla n.º3 y la Figura n.º2. Se observó una proporción equilibrada entre ambos grupos, con una ligera mayoría de pacientes masculinos, quienes representan el 50.6% de la muestra, mientras que el 49.4% corresponde a pacientes femeninas.

Tabla n.º4: Estadísticos descriptivos del peso.

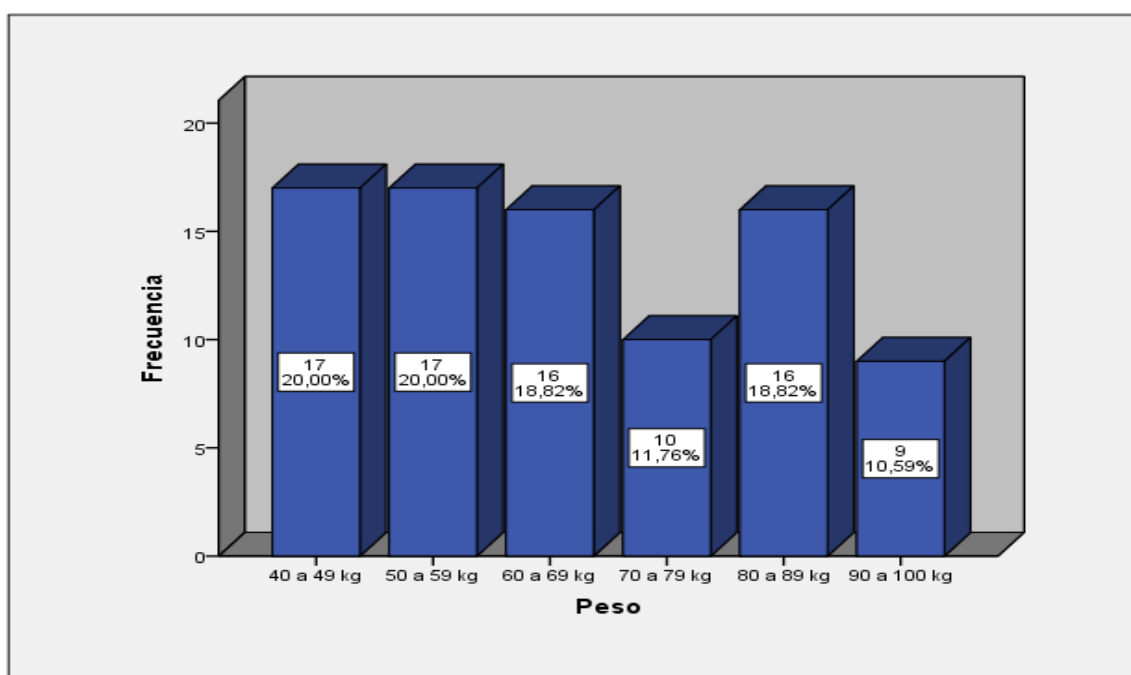
Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Peso	85	40	100	66,59	16,903

La Tabla n.º4 muestra que el peso promedio de los pacientes con lumbalgia crónica fue de 66.59 kg, con una desviación estándar de ± 16.90 kg. Los valores oscilaron entre 40 y 100 kg.

Tabla n.º5: Distribución por peso.

Peso			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
40 a 49 kg	17	20,0	20,0
50 a 59 kg	17	20,0	40,0
60 a 69 kg	16	18,8	58,8
70 a 79 kg	10	11,8	70,6
80 a 89 kg	16	18,8	89,4
90 a 100 kg	9	10,6	100,0
Total	85	100,0	

Figura n.º3: Distribución por peso.



La Tabla n.º5 y la Figura n.º3. Los grupos más representativos correspondieron a los rangos de 40 a 49 kg y 50 a 59 kg, cada uno con el 20.0% de la muestra. Les siguen los grupos de 60 a 69 kg y 80 a 89 kg, ambos con el 18.8%. Los pacientes con un peso de 70 a 79 kg representan el 11.8%, mientras que aquellos en el rango de 90 a 100 kg constituyen el 10.6% del total. En conjunto, el 58.8% de los pacientes pesa menos de 70 kg, mientras que el 41.2% tiene un peso igual o superior a este valor.

Tabla n.º6: Estadísticos descriptivos de la estatura.

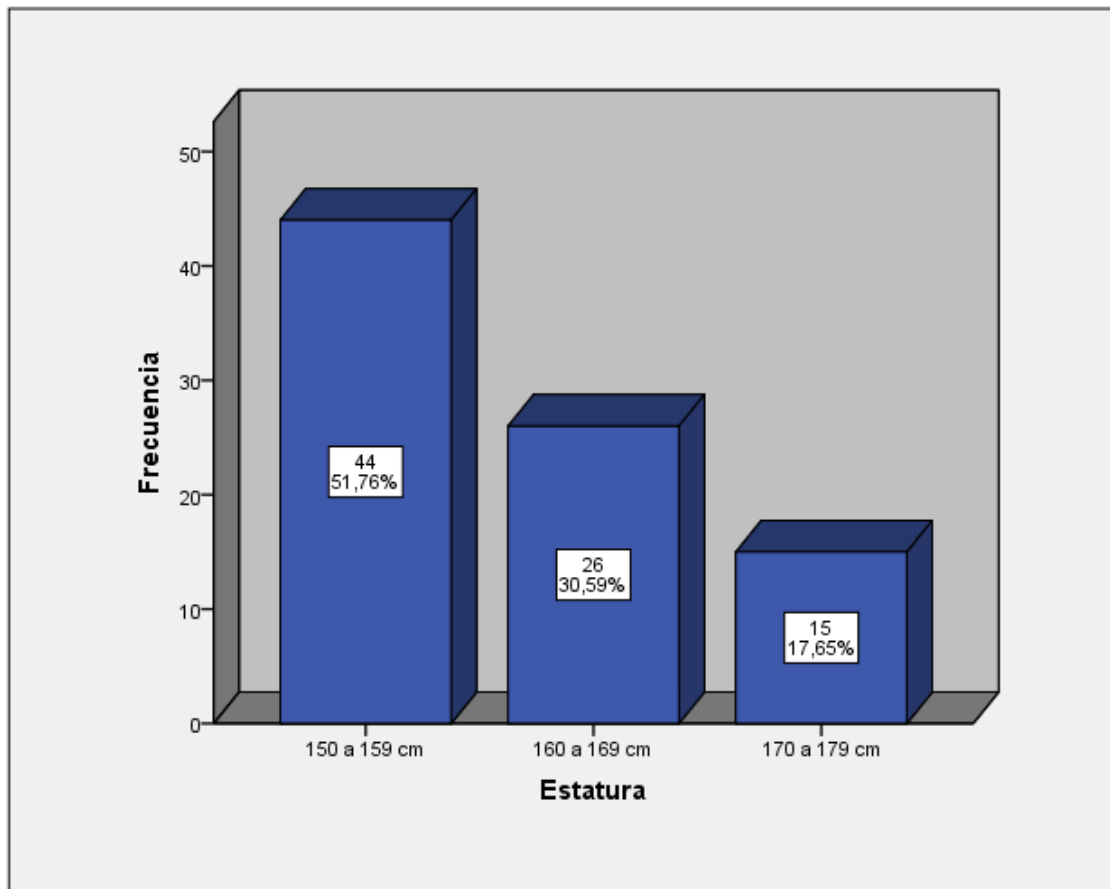
Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Estatura	85	153	178	162,14	6,492

La Tabla n.º6 muestra que la estatura promedio de los pacientes con lumbalgia crónica fue de 162.14 cm, con una desviación estándar de ± 6.49 cm. Los valores oscilaron entre 153 cm y 178 cm.

Tabla n.º7: Distribución por estatura.

Estatura			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
150 a 159 cm	44	51,8	51,8
160 a 169 cm	26	30,6	82,4
170 a 179 cm	15	17,6	100,0
Total	85	100,0	

Figura n.º4: Distribución por estatura.

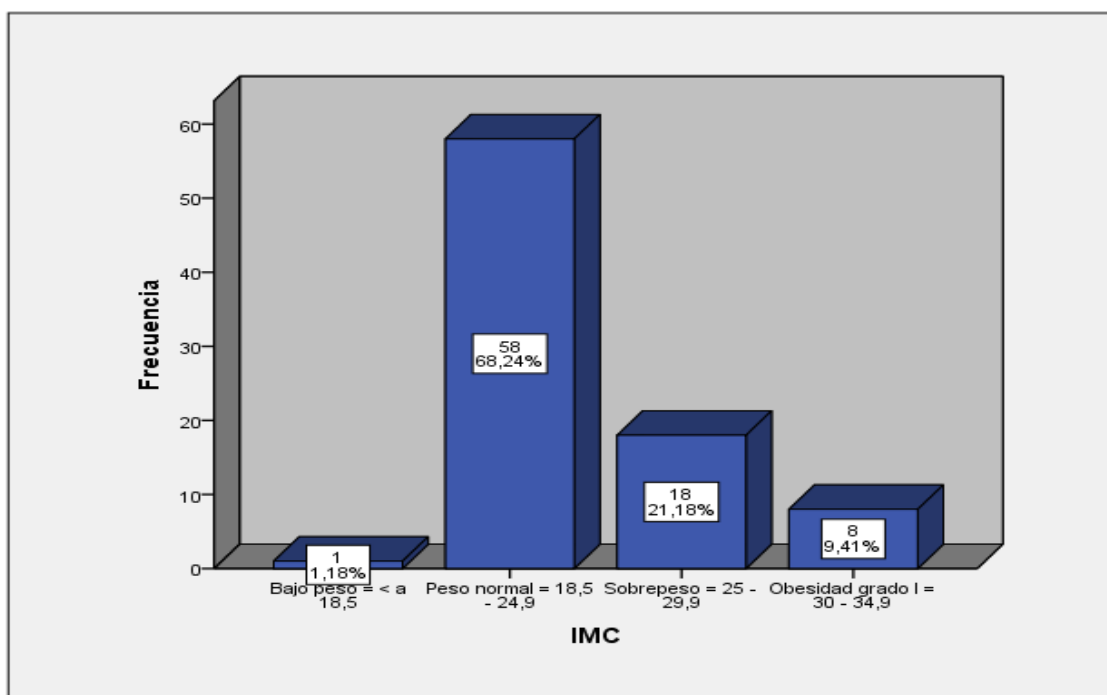


La Tabla n.º7 y la Figura n.º4 muestran la agrupación de los pacientes con lumbalgia crónica según su estatura. El grupo más representativo corresponde a los pacientes con una estatura entre 150 y 159 cm, quienes constituyen el 51.8% de la muestra. Le sigue el grupo de 160 a 169 cm, con el 30.6%, mientras que los pacientes con una estatura de 170 a 179 cm representan el 17.6% del total.

Tabla n.º8: Distribución por Índice de Masa Corporal (IMC).

IMC			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo peso = < a 18,5	1	1,2	1,2
Peso normal = 18,5 - 24,9	58	68,2	69,4
Sobrepeso = 25 - 29,9	18	21,2	90,6
Obesidad grado I = 30 - 34,9	8	9,4	100
Total	85	100	

Figura n.º5: Distribución por Índice de Masa Corporal (IMC).

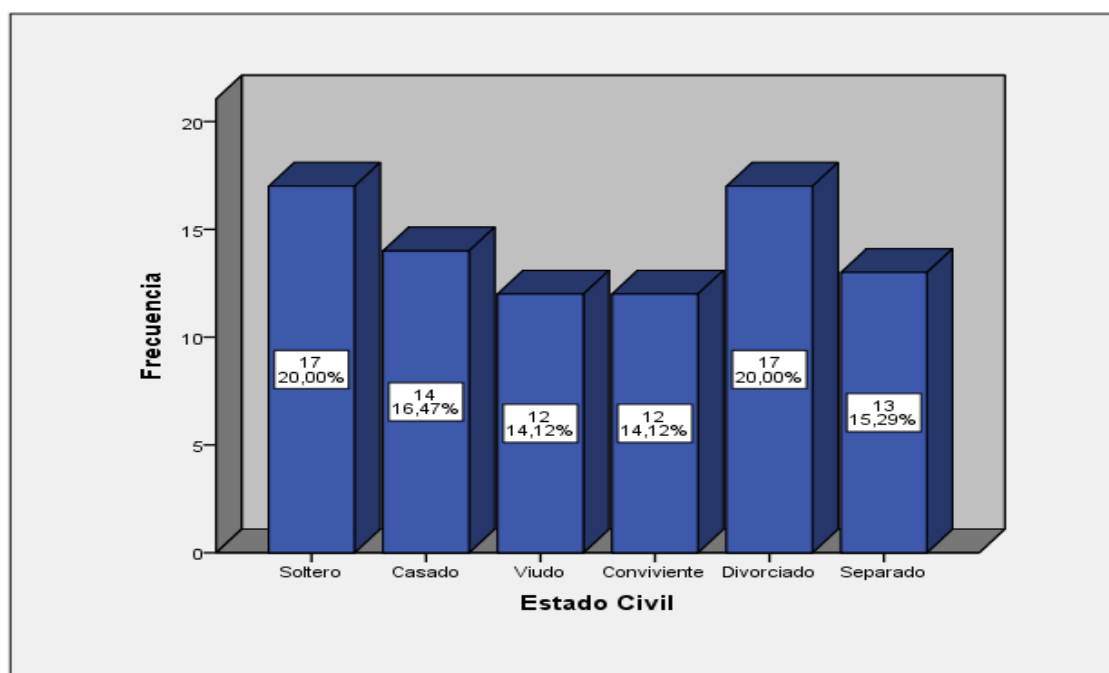


La Tabla n.º8 y la Figura n.º5 muestran la agrupación de los pacientes con lumbalgia crónica según su Índice de Masa Corporal (IMC). Se observa que la mayoría de los pacientes presenta un peso dentro del rango normal (18.5 - 24.9), representando el 68.2% de la muestra. El 21.2% de los pacientes se encuentra en la categoría de sobrepeso (IMC entre 25 y 29.9), mientras que el 9.4% presenta obesidad grado I (IMC entre 30 y 34.9). Solo el 1.2% de la muestra corresponde a la categoría de bajo peso (IMC < 18.5).

Tabla n.º9: Distribución por estado civil.

Estado Civil			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero	17	20	20
Casado	14	16,5	36,5
Viudo	12	14,1	50,6
Conviviente	12	14,1	64,7
Divorciado	17	20	84,7
Separado	13	15,3	100
Total	85	100	

Figura n.º6: Distribución por estado civil.



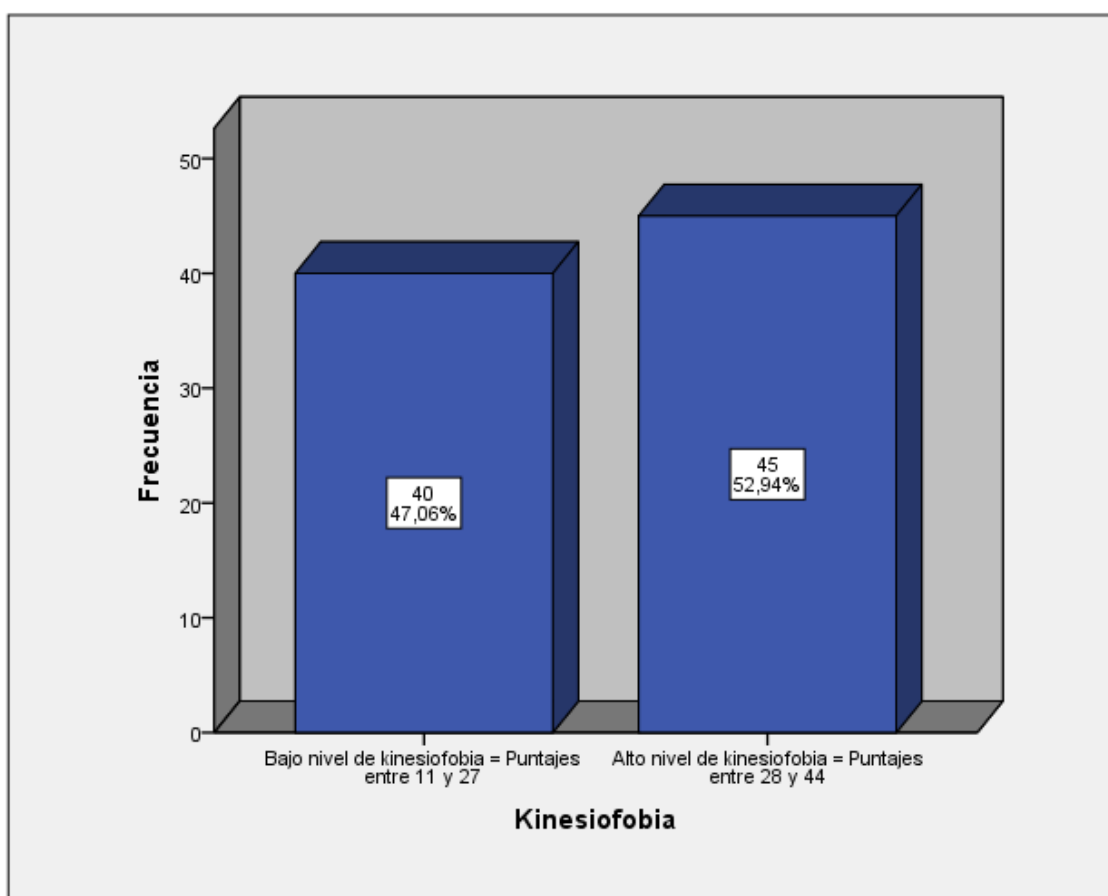
La Tabla n.º9 y la Figura n.º6 muestran la agrupación de los pacientes con lumbalgia crónica según su estado civil. Se observa que los grupos más representativos corresponden a los pacientes solteros y divorciados, cada uno con el 20.0% de la muestra. Les siguen los pacientes separados, con el 15.3%, y aquellos en condición de viudez o convivencia, ambos con el 14.1%. Finalmente, los pacientes casados representan el 16.5% del total. La distribución refleja una variedad de estados civiles en la muestra, sin una predominancia marcada de un solo grupo.

4.1.2 Características clínicas de la muestra

Tabla n.º10: Distribución del nivel de kinesiophobia.

Kinesiophobia			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo nivel de kinesiophobia = Puntajes entre 11 y 27	40	47,1	47,1
Alto nivel de kinesiophobia = Puntajes entre 28 y 44	45	52,9	100
Total	85	100	

Figura n.º7: Distribución del nivel de kinesiophobia.

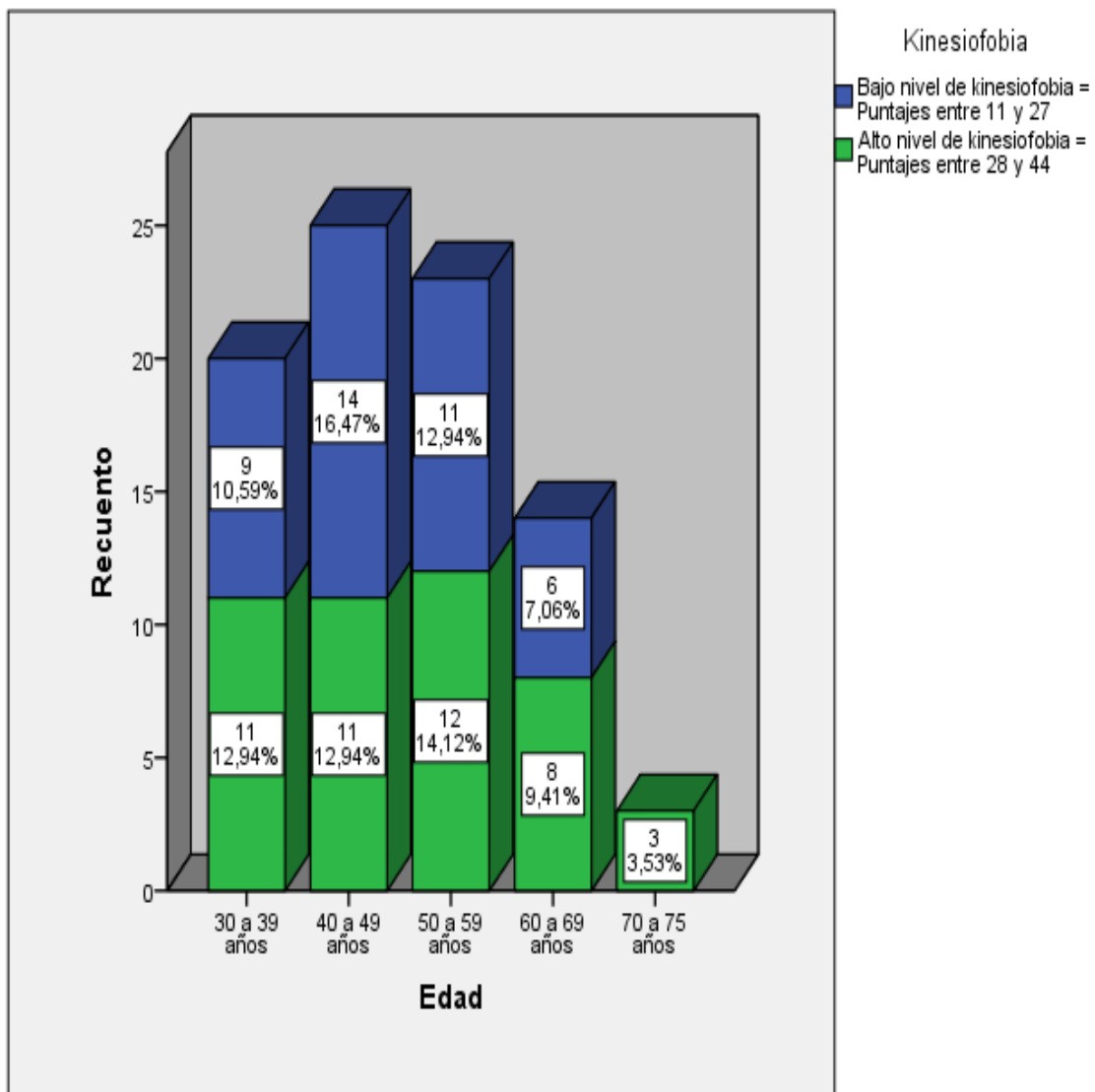


La Tabla n.º10 y la Figura n.º7 muestran la distribución de los pacientes con lumbalgia crónica según su nivel de kinesiophobia. Se observa que el 52.9% de los pacientes presenta un alto nivel de kinesiophobia (puntajes entre 28 y 44), mientras que el 47.1% muestra un nivel bajo (puntajes entre 11 y 27).

Tabla n.º11: Distribución del nivel de kinesiophobia según la edad.

		Kinesiophobia			
		Bajo nivel de kinesiophobia		Alto nivel de kinesiophobia	
Edad		Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila
	30 a 39 años	9	45%	11	55%
	40 a 49 años	14	56%	11	44%
	50 a 59 años	11	47,8%	12	52,2%
	60 a 69 años	6	42,9%	8	57,1%
	70 a 75 años	0	0%	3	100%

Figura n.º8: Distribución del nivel de kinesiophobia según la edad.

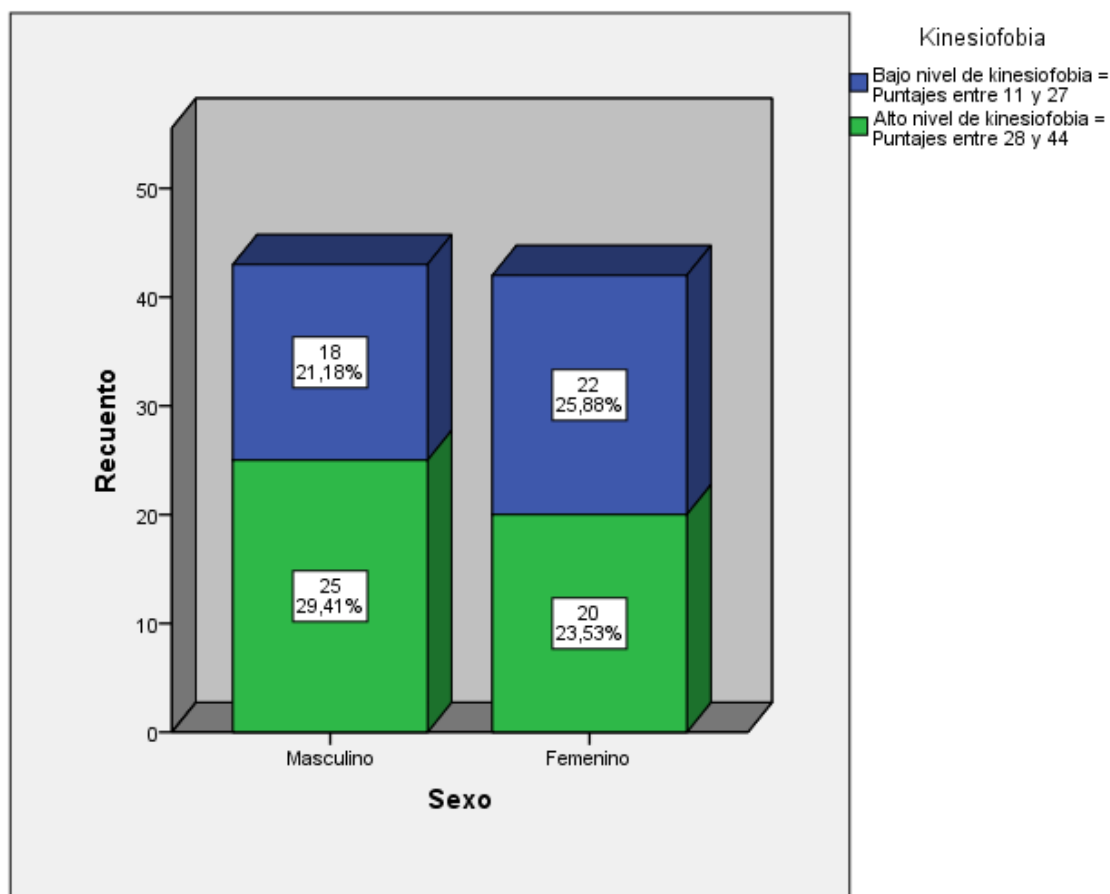


La Tabla n.º11 y la Figura n.º8 muestran la distribución del nivel de kinesiofobia según la edad en pacientes con lumbalgia crónica. En el grupo de 30 a 39 años, el 45.0% presenta un bajo nivel de kinesiofobia, mientras que el 55.0% muestra un nivel alto. En el grupo de 40 a 49 años, el 56.0% tiene un nivel bajo y el 44.0% un nivel alto. Para el grupo de 50 a 59 años, el 47.8% presenta un bajo nivel de kinesiofobia y el 52.2% un nivel alto. En el grupo de 60 a 69 años, el 42.9% tiene un nivel bajo, mientras que el 57.1% muestra un nivel alto. Finalmente, en el grupo de 70 a 75 años, el 100% de los pacientes presenta un alto nivel de kinesiofobia, sin casos registrados en el nivel bajo. Estos resultados sugieren que la kinesiofobia tiende a ser más frecuente en pacientes mayores, destacando que todos los pacientes de 70 a 75 años presentan un nivel alto de temor al movimiento.

Tabla n.º12: Distribución del nivel de kinesiophobia según el sexo.

		Kinesiophobia			
		Bajo nivel de kinesiophobia		Alto nivel de kinesiophobia	
		Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila
Sexo	Masculino	18	41,9%	25	58,1%
	Femenino	22	52,4%	20	47,6%

Figura n.º9: Distribución del nivel de kinesiophobia según el sexo.

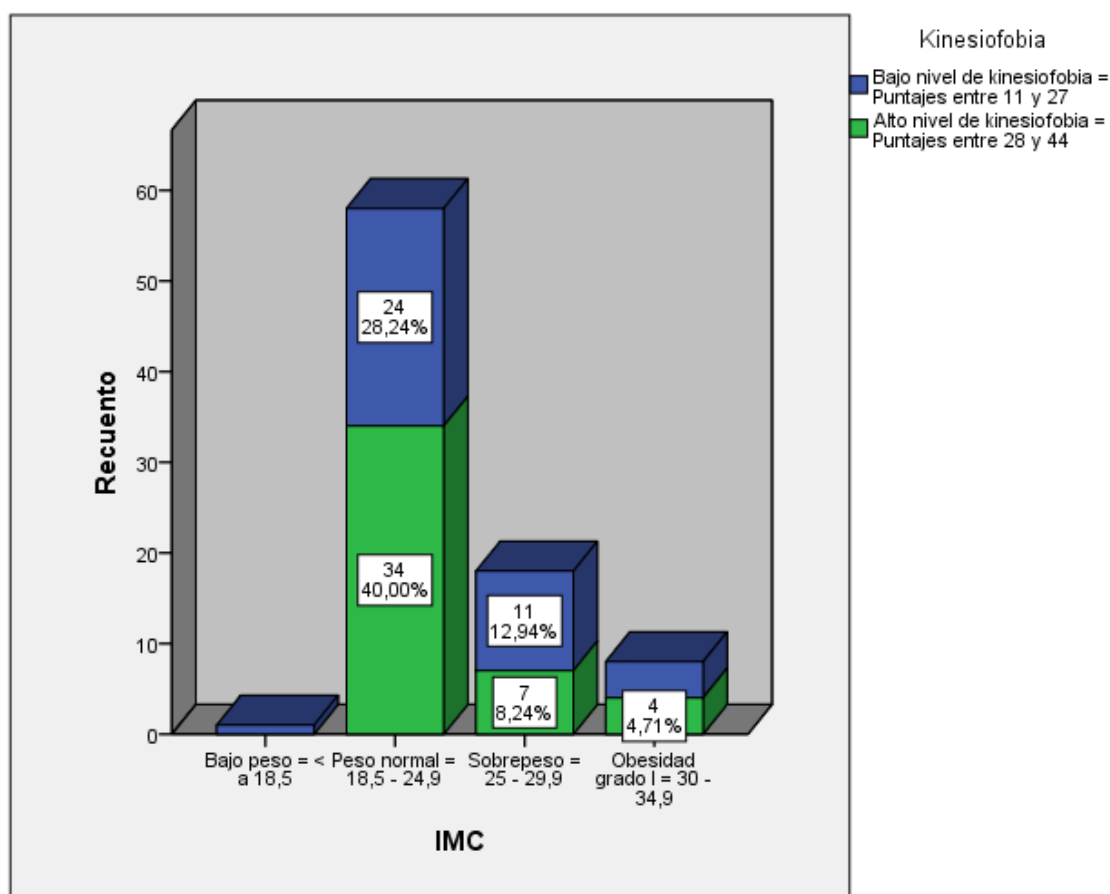


La Tabla n.º12 y la Figura n.º9 muestran la distribución del nivel de kinesiophobia según el sexo. Se observa que el 58.1% de los pacientes masculinos presenta un alto nivel de kinesiophobia, mientras que el 41.9% tiene un nivel bajo. En el caso de las pacientes femeninas, el 52.4% presenta un bajo nivel de kinesiophobia y el 47.6% un nivel alto. Estos resultados sugieren que la kinesiophobia es más frecuente en los pacientes masculinos.

Tabla n.º13: Distribución del nivel de kinesiophobia según el Índice de Masa Corporal (IMC).

IMC	Kinesiophobia			
	Bajo nivel de kinesiophobia		Alto nivel de kinesiophobia	
	Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila
Bajo peso	1	100%	0	0%
Peso normal	24	41,4%	34	58,6%
Sobrepeso	11	61,1%	7	38,9%
Obesidad grado I	4	50%	4	50%

Figura n.º10: Distribución del nivel de kinesiophobia según el Índice de Masa Corporal (IMC).



La Tabla n.º13 y la Figura n.º10 muestran la distribución del nivel de kinesiofobia según el Índice de Masa Corporal (IMC) en pacientes con lumbalgia crónica. Se observó que el único paciente con bajo peso presenta un nivel bajo de kinesiofobia (100.0%). En el grupo con peso normal, el 41.4% presenta un bajo nivel de kinesiofobia, mientras que el 58.6% muestra un nivel alto. En contraste, el 61.1% de los pacientes con sobrepeso tiene un bajo nivel de kinesiofobia y el 38.9% un nivel alto. Entre los pacientes con obesidad grado I, se observa una distribución equitativa, con un 50.0% en cada nivel de kinesiofobia. Estos resultados sugieren que la kinesiofobia es más prevalente en pacientes con peso normal, mientras que aquellos con sobrepeso presentan una menor proporción de temor al movimiento.

4.2 Discusión de Resultados

- ✓ Los resultados obtenidos respecto a la edad muestran que la muestra estuvo compuesta por pacientes con un rango de edad de 30 a 75 años, con una media de 48.06 años (± 10.50). El grupo mayoritario corresponde a los pacientes de 40 a 49 años (29.4%), seguido por los de 50 a 59 años (27.1%) y 30 a 39 años (23.5%). Estos hallazgos son comparables con el estudio de Bojanich (15), quien reportó una edad promedio de 49 años en pacientes con lumbalgia y mayor nivel de kinesiofobia. Asimismo, son similares a los resultados de ALMohiza et al. (12), quienes encontraron una edad media de 48.9 años en pacientes con lumbalgia crónica. La distribución por sexo muestra una proporción equilibrada, con un 50.6% de pacientes masculinos y un 49.4% de pacientes femeninos. Este hallazgo contrasta con el estudio de Bojanich (15), donde el 59% de los pacientes con kinesiofobia eran mujeres, y con los resultados de Martínez (16), quien también encontró una mayor prevalencia de kinesiofobia en mujeres (66.2%). En cuanto al peso, se encontró que la mayoría de los participantes se encuentra en el rango de 40 a 59 kg (40.0%), seguido por el grupo de 60 a 79 kg (30.6%) y el grupo de 80 a 100 kg (29.4%). Estos

hallazgos coinciden parcialmente con el estudio de Bojanich (15), donde el 57% de los pacientes con lumbalgia tenían un peso entre 61 y 80 kg, y dentro de este grupo el 59% presentaba un alto nivel de kinesiofobia. Respecto al estado civil, los pacientes solteros y divorciados representan el 20.0% cada uno, seguidos por los separados (15.3%), casados (16.5%) y convivientes o viudos (14.1%). En cuanto al índice de masa corporal (IMC), la mayoría de los pacientes presenta un peso dentro del rango normal (68.2%), mientras que el 21.2% está en la categoría de sobrepeso y el 9.4% en obesidad grado I. Respecto a la estatura, se encontró que el promedio de la muestra fue de 162.14 cm (± 6.49), con un rango entre 153 cm y 178 cm. La mayoría de los pacientes tiene una estatura entre 150 y 159 cm (51.8%), seguido por aquellos de 160 a 169 cm (30.6%) y 170 a 179 cm (17.6%).

- ✓ Sobre la kinesiofobia, se encontró que el 52.9% de los pacientes presenta un alto nivel de kinesiofobia. Este resultado concuerda con lo reportado por John et al. (13), quienes encontraron un alto nivel de kinesiofobia en el 92% de los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica. También coincide con los hallazgos de Tipula (17), donde el 89% de los pacientes con lumbalgia presentaron un nivel alto de kinesiofobia.
- ✓ La distribución del nivel de kinesiofobia según la edad muestra que el 100% de los pacientes de 70 a 75 años presenta un nivel alto de kinesiofobia, mientras que en los grupos de 30 a 69 años los porcentajes varían entre 44.0% y 57.1%. Esto se alinea con el estudio de Bojanich (15), quien encontró que el 70% de los pacientes entre 44 y 55 años tenía un alto nivel de kinesiofobia.
- ✓ En cuanto al sexo, la kinesiofobia es más prevalente en los pacientes masculinos (58.1%) que en las pacientes femeninas (47.6%). Este resultado contradice lo

encontrado por Bojanich (15) y Martínez (16), quienes reportaron una mayor prevalencia de kinesiophobia en mujeres.

- ✓ En relación con la kinesiophobia y el Índice de Masa Corporal (IMC), los resultados muestran que el nivel de kinesiophobia varía según la categoría de IMC. Se observa que el 58.6% de los pacientes con peso normal presenta un alto nivel de kinesiophobia, mientras que esta proporción disminuye al 38.9% en los pacientes con sobrepeso. En el grupo con obesidad grado I, se encontró una distribución equitativa entre niveles alto y bajo de kinesiophobia (50.0% en cada caso).

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. **Edad:** La muestra incluye pacientes con una media de edad de 48.06 años, lo que concuerda con estudios previos sobre lumbalgia y kinesiophobia. La mayor parte de los pacientes se encuentra entre los 40 y 49 años. **Sexo:** Existe una distribución equitativa entre hombres y mujeres, lo cual difiere de otras investigaciones que han reportado una mayor prevalencia de kinesiophobia en mujeres. **Peso:** La mayoría de los participantes se encuentra en el rango de 40 a 59 kg. Aunque hay coincidencias con estudios previos, se observa que el peso puede estar relacionado con la kinesiophobia. **Estado civil:** La distribución de los pacientes según estado civil es variada, con una proporción significativa de solteros y divorciados. **Índice de Masa Corporal (IMC):** La mayoría presenta un peso normal, aunque un porcentaje relevante está en sobrepeso u obesidad grado I. **Estatura:** Se observa una mayor proporción de pacientes con estatura entre 150 y 159 cm, seguido por aquellos de 160 a 169 cm. **Kinesiophobia:** Más de la mitad de los pacientes presenta un alto nivel de kinesiophobia, lo que coincide con estudios previos sobre lumbalgia crónica.
2. **Kinesiophobia según edad:** La prevalencia de kinesiophobia aumenta con la edad, siendo del 100% en el grupo de 70 a 75 años.
3. **Kinesiophobia según sexo:** Se presenta más en hombres que en mujeres, en contraste con otros estudios que han indicado lo contrario.

4. **Kinesiofobia según IMC:** Los pacientes con peso normal presentan mayores niveles de kinesiofobia, mientras que aquellos con sobrepeso presentan una menor incidencia.

5.2 Recomendaciones

1. **Edad:** Implementar programas de prevención y manejo de kinesiofobia dirigidos a grupos etarios con mayor prevalencia de lumbalgia crónica. **Sexo:** Analizar factores específicos que influyen en la kinesiofobia según el género, para desarrollar estrategias de intervención diferenciadas. **Peso:** Fomentar hábitos de vida saludables y estrategias de control del peso que ayuden a reducir la incidencia de kinesiofobia. **Estado civil:** Considerar el impacto del estado civil en el bienestar emocional y diseñar intervenciones de apoyo para pacientes en situación de vulnerabilidad. **IMC:** Promover programas de actividad física adaptados a las necesidades de pacientes con sobrepeso y obesidad. **Estatura:** Tener en cuenta la relación entre características físicas y predisposición a kinesiofobia en el diseño de tratamientos de rehabilitación. **Kinesiofobia:** Implementar programas de educación y terapia psicológica para pacientes con altos niveles de kinesiofobia.
2. **Kinesiofobia según edad:** Ofrecer tratamientos personalizados según la edad del paciente, priorizando estrategias para reducir la kinesiofobia en adultos mayores.
3. **Kinesiofobia según sexo:** Desarrollar investigaciones adicionales para entender mejor las diferencias entre géneros y crear intervenciones más efectivas.
4. **Kinesiofobia según IMC:** Considerar la relación entre el estado físico y la kinesiofobia para adaptar tratamientos de rehabilitación

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. Neyra Olaechea, C del P. Eficacia de un programa de ejercicios fisioterapéuticos en la incapacidad funcional, kinesiofobia y la calidad de sueño en pacientes con dolor lumbar del área de algias del hospital militar central en el año 2020. Universidad Privada Norbert Wiener; 2021.
11. Herreras Huamán VJ. Asociación de características sociodemográficas y nivel de kinesiofobia 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. Kumar P, Ferreira A de S, Nogueira LAC, Arulsingh W, Patil MS. Influence of Kinesiophobia on muscle endurance in patients with chronic low back pain- A case-control study. *F1000Res* [Internet]. 2024; 13:1016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.152751.1>
 15. Bojanich Pagador MI. Frecuencia de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia hospital Santa Rosa 2023. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024.
 16. Martínez Nuñez JA. Influencia de la kinesiofobia sobre el nivel de dolor lumbar crónico en cirujanos dentistas de la ciudad de Tacna, 2021. Universidad Privada de Tacna; 2022.
 17. Tipula Tipula M. Kinesiofobia e incapacidad funcional en pacientes con lumbalgia del centro de rehabilitación física neurológica - CERFINEURO, 2021. Universidad Privada Norbert Wiener; 2022.
 18. 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>
 19. Pérez Simón J. ¿Qué es la Kinesofobia? Instituto SANUM Escuela de Espalda; 2022. disponible en: <https://www.isanum.es/blog/2020/08/10/-que-es-la-kinesofobia-sanum-escuela-deespalda/>

20. 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/>
21. 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>
22. 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/>
23. 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>
24. 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>
25. Díaz Martínez M. Kinesiofobia y catastrofización del dolor como reglas de predicción clínica en el dolor lumbar. 2016.
26. Gisbert Calbo P. Sistema de ayuda frente a la kinesiofobia mediante técnicas de Realidad Virtual. Universidad de Alicante; 2021.

27. Pomares G. Kinesiofobia, actividades para reducir el miedo al movimiento [Internet]. Rehametrics. 2023. Disponible en: <https://rehametrics.com/kinesiofobia-actividades-tratamiento/>
28. 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>
29. 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/>
30. 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>
31. Hernández-Sampieri R. & Mendoza C. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: LAS RUTAS CUANTITATIVA, CUALITATIVA Y MIXTA. Duluth, MN, Estados Unidos de América: McGrawhill; 2018.
32. 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
33. 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%c3%93N%20CIENT%c3%8dFICA.pdf>

34. Hechavarría, S. Diferencias entre Cuestionario y Encuesta [Internet]. 2012. Sld.cu. Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/diferencias-entre-cuestionario-y-encuesta>.
35. Tampa Scale 11 (TSK-11) [Internet]. Fisiotutores. Physiotutors; 2023. Disponible en: <https://www.physiotutors.com/es/questionnaires/tampa-scale-11-tsk-11/>
36. 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>
37. Hapidou EG, O'Brien MA, Pierrynowski MR, de Las Heras E, Patel M, Patla T. Fear and avoidance of movement in people with chronic pain: Psychometric properties of the 11-item Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-11). Physiother Can [Internet]. verano de 2012;64(3):235–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3138/ptc.2011-10>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

“KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA, PERIODO 2025”

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general: ¿ Qué nivel tiene la kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de los pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025? • ¿Qué nivel tiene la kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica según la edad de un centro de terapia física, periodo 2025? • ¿Qué nivel tiene la kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica según el sexo de un centro de terapia física, periodo 2025? • ¿Qué nivel tiene la kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica según el Índice de masa corporal (IMC) de un centro de terapia física, periodo 2025? 	<p>Objetivo general: Determinar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025. • Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica según la edad de un centro de terapia física, periodo 2025. • Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica según el sexo de un centro de terapia física, periodo 2025. • Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica según el Índice de masa corporal (IMC) de un centro de terapia física, periodo 2025. 	<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 básico 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 lumbalgia crónica</p> <p>Muestra: Serán aprox. 85 pacientes.</p> <p>Muestreo: Será no probabilístico de tipo censal.</p>

Anexo 2: Instrumento

ESCALA DE TAMPA PARA LA KINESIOFOBIA (TSK-11)

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

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código: _____

Fecha: _____

Edad: _____

Peso: _____ kg.

Sexo:

Masculino

Femenino

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

Estado civil

Soltero

Casado

Viudo

Conviviente

Divorciado

Separado

Puntaje de la escala de Tampa (TSK-11)

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

“KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA, PERIODO 2025”

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

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): _____

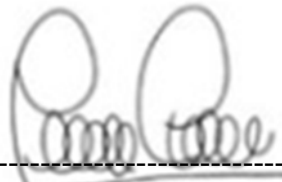
Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Jorge Eloy Puma Chombo

DNI: 42717285

Especialidad del validador: Gestión de los servicios de la salud

16 de Diciembre del 2024



Firma del Experto Informante

“KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA, PERIODO 2025”

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

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.: José Melgarejo Valverde

DNI: 06230600

Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria

19 de Diciembre del 2024



Firma del Experto Informante

“KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA, PERIODO 2025”

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

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): _____

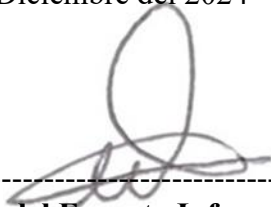
Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

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

DNI: 08671855

Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria

19 de Diciembre del 2024



Firma del Experto Informante

Anexo 4: Confiabilidad

Prueba de confiabilidad

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

Se obtuvieron los siguientes resultados, al analizar las variables utilizadas en el estudio:

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,805	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
Kinesiofobia	6,15	6,976	,759	,774
IMC	5,45	3,524	,693	,793
Edad	5,70	4,116	,855	,621
Sexo	6,25	7,145	,627	,798

Finalmente, podemos deducir que el instrumento utilizado para analizar el nivel de kinesiofobia, el Índice de Masa Corporal, la edad y el sexo para pacientes con lumbalgia crónica es bueno (0.805).

Anexo 5: Formato de consentimiento informado

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

Título del proyecto : “Nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025”
Investigador : Marlith Upiachihua Estrella
Institución : Universidad Norbert Wiener

Estoy invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025”, de fecha __/__/2025 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 kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025. Su ejecución ayudará/permitirá a conocer la prevalencia de la variable de estudio.

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

Nº esperado de participantes: 95 pacientes

Criterios de Inclusión y exclusión: Los criterios de inclusión serán: Pacientes de ambos géneros, de edad entre los 40 y 60 años, con diagnóstico médico de lumbalgia crónica y que entiendan y acepten el consentimiento informado. Los criterios de exclusión serán: Pacientes con presencia de neoplasias o tumores, embarazadas, que presentaron fracturas en la columna lumbar, post-operados de la columna lumbar, con trastorno o discapacidad mental y que no completen la encuesta.

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 kinesiofobia (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 severo para Usted, con respecto a su estado físico, mental y de bienestar; ya que, este estudio solo se limita a resolver 1 cuestionario en base a sus experiencias de su vida cotidiana. La participación en el estudio implica el riesgo de prolongar el tiempo de atención en fisioterapia debido al tiempo adicional requerido para completar las encuestas, lo cual se coordinará previamente con el fisioterapeuta responsable para evitar inconvenientes en su atención. 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; sin embargo, usted puede recibir información en una charla sobre su condición (lumbalgia crónica) y/o recomendaciones basadas en los resultados que obtendrá al finalizar el estudio por parte del investigador. Así mismo, determinar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica, 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 serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

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

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el investigador Marlith Upiachihua Estrella, al número de celular 953606195 o al marlyestrellita123@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: ___/___/2025

Firma del investigador

Nombre: Marlith Upiachihua Estrella

DNI: 10588642

Fecha: ___/___/2025

Firma del testigo o representante legal

Nombre:

DNI:

Fecha: ___/___/2025

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 6: Carta de solicitud a la institución

Lima, 02 de Enero del 2025

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

Sr:

Lic. Rolando Pérez Rojas

Gerente general

CERFINEURO

Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, Marlith Upiachihua Estrella, alumna de la E.A.P. de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Norbert Wiener, con código n° a2013200058, 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 lumbalgia crónica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025; 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,

Marlith Upiachihua Estrella
Universidad Norbert Wiener
E.A.P. de Tecnología Médica

Anexo 7: Carta De Aceptación



Lima, 14 de febrero de 2025

CARTA N.º 005 -2025-CERFINEURO

SEÑORITA : Bach. UPIACHIHUA ESTRELLA Marlith
ASUNTO : Autorización para realizar el proceso de recolección de datos para la Tesis
"Kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025"

Por medio de la presente me dirijo a usted para saludarla y comunicarle sobre su solicitud del proceso de recolección de datos para la Tesis "Kinesiofobia en pacientes con lumbalgia crónica de un centro de terapia física, periodo 2025", se le autoriza a realizar su estudio en el "**Centro de Rehabilitación Física Neurológica**"

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

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Rolando Pérez Rojas", is written over a horizontal line.

Director General
Lic. Rolando Pérez Rojas

Anexo 8: Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 26 de febrero de 2025

Investigador(a)
Marlith Upiachihua Estrella
Exp. N°:0325-2025

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 APROBÓ** los siguientes documentos:

- **Protocolo titulado: “KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA, PERIODO 2025”, con fecha 18/02/2025.**

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Marlith Upiachihua Estrella.

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. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. 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 9: Reporte de similitud Túrntin

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

TESIS

AUTOR

Bach. MARLITH UPIACHIHUA ESTRELLA

RECuento DE PALABRAS

8664 Words

RECuento DE CARACTERES

46446 Characters

RECuento DE PÁGINAS

42 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

288.0KB

FECHA DE ENTREGA

May 12, 2025 1:38 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 12, 2025 1:39 AM GMT-5

● 15% de similitud general

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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

● 15% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
2	repositorio.unfv.edu.pe Internet	3%
3	repositorio.upt.edu.pe Internet	<1%
4	semegsa.com Internet	<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.uta.edu.ec Internet	<1%
8	alicia.concytec.gob.pe Internet	<1%