



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN TERAPIA MANUAL
ORTOPÉDICA**

Trabajo Académico

Alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del
manguito rotador en adultos mayores de Movimúsculo, Lima 2025

Para optar el Título de
Especialista en Terapia Manual Ortopédica

Presentado por:

Autora: Basauri Revilla, Lizbeth Karen

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0268-5829>

Asesor: Mg. Arrieta Cordova, Andy Freud

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

Lima – Perú

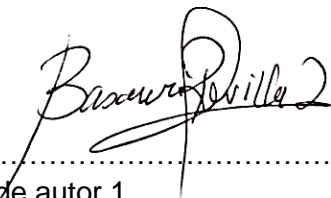
2025

 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, Basauri Revilla Lizbeth Karen, egresado de la Facultad de ciencias de la salud y Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025” Asesorado por el docente: Mg. Andy Freud Arrieta Córdova, DNI 10697600, ORCID 0000-0002-8822-3318 tiene un índice de similitud de (18) (dieciocho) % con código oid:14912:455324228 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
 Lizbeth Karen Basauri Revilla
 DNI: ...44588584.....

.....
 Firma de autor 2
 Nombre y apellido del egresado
 DNI:



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

Lima, 16 de...Junio... de...2025.....

Contenido

1. EL PROBLEMA	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación de la investigación	7
1.4.1. Justificación teórica	7
1.4.2. Justificación metodológica	7
1.4.3. Justificación práctica	7
1.5. Delimitaciones de la investigación	8
1.5.1. Temporal	8
1.5.2. Espacial	8
1.5.3. Recursos	8
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes	9
2.1.1. Antecedentes Internacionales	9
2.1.2. Antecedentes Nacionales	12
2.2. Bases Teóricas	13
2.2.1. Discapacidad	13
2.2.2. Lesión del manguito rotador	13
2.2.3. Lesiones más comunes del manguito rotador	15
2.2.5. Dolor en el adulto mayor	18
2.2.6. Alianza terapéutica	19
2.2.7. Influencia y beneficios de la AT en el dolor crónico	20
2.2.8. Componentes de la AT	21
2.3. Formulación de la hipótesis	22
2.3.1. Hipótesis general	22
2.3.2. Hipótesis específicas	22
3. METODOLOGIA	22
3.1. Método de la Investigación	22

3.2. Enfoque de la Investigación	23
3.3. Tipo de la Investigación	23
3.4. Diseño de la Investigación	23
3.5. Población, muestra y muestreo	23
3.6. Variables y operacionalización	25
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
3.7.1. Técnica	30
3.7.2. Descripción de instrumentos.	32
3.7.3. Validación	34
3.7.4. Confiabilidad	35
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	35
3.9. Aspectos éticos	35
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	37
4.1. Cronograma de actividades	38
4.2. Presupuesto	40
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
Anexos	48
Anexo 1. Matriz de Consistencia	48
Anexo 2: Instrumentos	52
Anexo 3: Formato para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos	61
Anexo 4: Formato de consentimiento informado	84
Anexo 5: Carta de autorización del Centro privado de terapia física	88
Anexo 6: Informe del porcentaje del Turnitin	89

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Algunos especialistas han precisado que, la lesión del manguito rotador (LMR) es una de las enfermedades musculoesqueléticas más prevalentes en todo el mundo, habiendo una incidencia entre 20 y 36% en la población general, llegando hasta 50% en las personas mayores de 66 años. La rotura de cualquiera de los músculos que conforman el manguito rotador es una de las causas más frecuentes de dolor y discapacidad del M. superior (1).

"El hombro es la articulación más móvil del cuerpo y puede verse comprometida por el dolor, la debilidad o la rigidez, causando una incapacidad y afectar a la habilidad del paciente para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana y laboral" (2).

Según estudios recientes se aprecia una elevación de la prevalencia en las mujeres y un aumento de la tendencia lineal con la edad. Otro detalle a considerar, es que los dolores de hombro son de larga duración y recidivantes, demostrándose en algunos estudios que el dolor y la discapacidad pueden durar entre los 12 y los 18 meses en más del 50% de los casos (2).

Algunos especialistas han precisado que la discapacidad funcional se concibe por una inadecuada confrontación frente a una experiencia dolorosa que limita el movimiento de la zona corporal afectada; comprometiendo la parte física y psicológica e incrementando el dolor y pérdida de funcionalidad. Este círculo vicioso interfiere en la recuperación, reduce la adherencia al tratamiento y preserva mala experiencia del dolor (3).

La educación en neurociencia del dolor (PNE), es una intervención educativa, la cual ayuda a reconceptualizar su dolor crónico al paciente desde un modelo biomédico hacia una comprensión biopsicosocial; entender que el dolor es una respuesta de salida del SNC (4).

"Por lo tanto, conocer qué características clínicas o demográficas se asocian con los resultados del tratamiento podría mejorar la toma de decisiones clínicas y facilitar la comunicación sobre el

pronóstico del terapeuta hacia el paciente. Las características clínicas como la duración de los síntomas, una menor intensidad del dolor y una menor discapacidad autoreportada en la primera consulta, han demostrado ser factores pronósticos de recuperación" (5).

La detección precoz de patologías de hombro resulta esencial en su tratamiento, con el fin de mejorar la calidad de vida y el estado de salud percibida de los casos (6).

Este estudio desarrolla un programa de intervención, el cual buscará la mejora de la salud del complejo articular del hombro, intentando mejorar la capacidad de dicha estructura e incrementando principalmente su movilidad (7).

"La alianza terapéutica, definida como un sentido de colaboración, calidez y apoyo entre fisioterapeutas y participantes, surgió como un facilitador central del ejercicio a corto y largo plazo, independientemente del grupo de intervención" (8).

Según Linares (9), menciona que la alianza terapéutica (AT) fisioterapeuta - paciente es un abordaje terapéutico muy importante. Es un concepto que emerge en la práctica de la fisioterapia, el cual, refleja cambios de paradigmas de un modelo de atención biomédico a un modelo biopsicosocial. implicando afecto y colaboración, motivando y potenciando al paciente para alcanzar los objetivos planteados y realizar así un buen tratamiento.

De acuerdo con Guevara (10), "en el Perú las políticas orientadas a la prevención o mitigación del dolor y lesiones asociadas a trastornos musculoesqueléticos están en una condición aún incipiente y requieren de estudios a gran escala realizados por el estado, dirigidos a cada realidad sociodemográfica y socioeconómica del país".

"La zona de lesión más frecuente fue el tendón supraespinoso con un 77,8%, seguida del tendón subescapular con 20,2% y el 2% del tendón infraespinoso" (11).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión síntomas en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025?
2. ¿Cuál es la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión funcionalidad en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Analizar la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Establecer la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión síntomas en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.
2. Establecer la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión funcionalidad en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

Según Linares (9), identificó en su estudio a la persona como un modelo central, pasando de un modo autoritario, donde el clínico imponía su plan de tratamiento y no daba posibilidad a comprender las preferencias y preocupaciones del paciente; por lo que se esperaba que el paciente cumpliera con las pautas o recomendaciones indicadas, a un modo más colaborativo entre paciente - clínico, donde los objetivos y las estrategias de la terapia se conversan o llegan a un acuerdo.

Los hallazgos de esta investigación permitirán ampliar los conocimientos acerca de la relación entre la alianza terapéutica con la terapia manual y la menor percepción de discapacidad de MMSS en pacientes con lesión del manguito rotador.

1.4.2. Justificación metodológica

El presente trabajo será un estudio correlacional, y se utilizará la escala de DASH para evaluar discapacidad de MMSS y el CAF(P) cuestionario para la alianza terapéutica, evidenciándose buenos resultados de validez y fiabilidad, con certificado de idiomas para ser aplicados en estudios con patologías osteomusculares y en el área de TF; sumándose a ello que son instrumentos útiles y económicos. Con lo mencionado se puede decir que los datos van a ser verídicos, confiables y de calidad al momento que se usarán los cuestionarios.

1.4.3. Justificación práctica

Se empleará un diseño de intervención terapéutica personalizada, dirigido a la población que padecen de lesión del manguito rotador. Al comprender así la relación entre la alianza terapéutica con la terapia manual y la discapacidad de MMSS con menor percepción, los fisioterapeutas buscarán mejorar su calidad de atención e intervención personalizada, para así promover una recuperación efectiva según el modelo biopsicosocial. Esto puede ayudar a que el paciente confie

en el abordaje del fisioterapeuta y se obtengan mejores resultados.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La recolección de datos será entre 1 a 2 meses aproximadamente (abril - mayo 2025).

1.5.2. Espacial

Este estudio se llevará a cabo en el centro de terapia Movimusculo, ubicado en la Asociación la Estrella de Santa Mz D Lote 4 del distrito de Ate Vitarte, Lima – Perú.

1.5.3. Recursos

La población que se considerará en este estudio son los pacientes con lesión del manguito rotador que asisten al centro de fisioterapia para recibir tratamiento fisioterapéutico y mejorar su condición de salud.

Instrumentos:

- Cuestionario Dash y CAF-P

Materiales:

- Fichas de terapias
- Base de datos y/o HC
- Hojas impresas y lapiceros

Herramientas:

- Manos del fisioterapeuta
- Cuñas para estabilizar escapulas
- Camillas

Unidad de análisis de este estudio: Un paciente con lesión del manguito rotador.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Gallardo et al. (2) en su estudio planteo el objetivo de "evaluar la experiencia de un programa de educación para la salud en atención primaria para los pacientes con dolor de hombro crónico de origen musculo esquelético, sobre el dolor y la discapacidad e instaurar el protocolo en atención primaria". En su metodología empleó el diseño observacional descriptivo longitudinal quasi-experimental y prospectivo, no controlado. La muestra fue de 99 paciente, los cuales fueron remitidos por su médico a la unidad de fisioterapia de AP por dolor musculoesquelético de hombro. Se evaluó la intensidad del dolor a través del EVA (escala visual analógica) y para la discapacidad del M. superior utilizaron el cuestionario DASH. En los resultados se encontraron diferencias estadísticas significativas en la disminución del dolor y la discapacidad ($p < 0,01$). El nivel de discapacidad de miembro superior se vio de media reducido a un 20,57 y el consumo de medicamentos al final del estudio también se vio reducido con un 54,5%. Concluyeron que un protocolo de fisioterapia de hombro con la educación para la salud fue eficaz para reducir el dolor y la discapacidad en pacientes con dolor de hombro crónico de origen musculo esquelético.

Gutiérrez et al. (12) en su investigación tuvieron como objetivo "evaluar los efectos funcionales a corto plazo y al año de seguimiento de un programa de fisioterapia en pacientes mayores de 60 años con rotura masiva e irreparable del manguito rotador (MR)". Este estudio fue observacional de alcance prospectivo. La muestra estuvo conformada por 96 pacientes con rotura masiva e irreparable del MR. Se utilizó el cuestionario de Constant - Murley para evaluar la función del hombro, el cuestionario DASH para la función del M. superior y EVA para la intensidad del dolor. Las evaluaciones fueron al inicio, al término del tratamiento y al año de seguimiento. Al finalizar el programa de fisioterapia, todas las variables evaluadas presentan una diferencia

clínica y estadísticamente significativa $p < 0,05$. Comparado el inicio con el año de seguimiento se observa que el cuestionario Constant – Murley mostró un incremento de 26,5 puntos (d de cohen = 1,7; IC 95% 23,5 a 29,5; $p < 0,001$), el DASH mostró una disminución de 31.4 puntos (d de cohen = 2,2; IC 95% 28,5 a 34,3; $p < 0,001$) y la EVA mostró una disminución de 3,9 cm (d de cohen = 3,6; IC 95% 3,6 a 4,1; $p < 0,001$). Por lo que se concluyó que el programa de fisioterapia consiguió mejoría clínica y estadísticamente, tanto a corto como a largo plazo; obteniendo una respuesta significativa en todas las variables funcionales en pacientes mayores de 60 años con rotura masiva e irreparable del MR.

Linares (9) planteó en su tesis el objetivo de "elaborar y validar psicométricamente un cuestionario, en idioma español, como herramienta para evaluar la AT que se desarrolla entre el paciente y su fisioterapeuta desde la percepción del paciente". Se diseñó un estudio cuantitativo psicométrico y transversal. La muestra fue a conveniencia de 9 centros de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y consideró un total de 203 pacientes con dolor crónico que recibían tratamiento de fisioterapia. El CAF-P posee una alta consistencia interna, el α de Cronbach fue de 0,91. En cuanto a la fiabilidad test - retest presentó un CCI de 0,87. El CAF-P no presentó efecto suelo ni efecto techo. En cuanto a la validez de constructo, se extrajeron 2 factores que explicaron el 55,80% de la varianza. La autora concluyó que el CAF-P demostró ser un instrumento válido y fiable para medir la alianza terapéutica que se desarrolla entre los pacientes y sus fisioterapeutas desde la percepción del paciente; y puede utilizarse en clínica y en investigación.

Bustamante et al. (13) en su estudio tuvieron como objetivo "determinar los resultados clínicos de una cohorte de pacientes mayores de 60 años con ruptura del manguito rotador intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro". Su base de datos fue prospectiva de CAH y la

población considerada fue 42 pacientes adultos mayores de 60 años (rango de 60-83) con rotura del manguito rotador. En su servicio siguieron un protocolo preestablecido con medicación, fisioterapia e infiltraciones, considerando que si tras 6 meses persistía el dolor y la limitación funcional procedían a indicar la CAH para la confirmación de la lesión del tendón y su reparación. Se utilizó el test de Constant para el dolor, actividades de la vida diaria y movilidad y el cuestionario de Quich-T DASH para evaluar la calidad de vida del paciente, ambos test fueron tanto para la evaluación del pre y del final del seguimiento. La puntuación media en la escala de Constant pasó de 48.3 puntos en el preoperatorio a 87.2 puntos al final del seguimiento. El cuestionario DASH síntomas/discapacidad disminuyó de 52.5 de media a 11.0 al final del seguimiento. Con su estudio concluyeron resultados favorables utilizando los cuestionarios de valoración funcional y calidad de vida a corto plazo.

Ronika y Gayatri (14) en su investigación plantearon el objetivo "Efecto de la movilización de la columna cervical asintomática sobre el dolor de hombro, la amplitud de movimiento del hombro y la discapacidad del hombro en pacientes con dolor de hombro". En su metodología presentaron un estudio experimental, con una muestra de 60 pacientes con dolor de hombro, formados aleatoriamente en 2 grupos de 30 cada uno, incluyendo hombres y mujeres mayores de 18 años con aparente dolor de hombro de aproximadamente 4 semanas de duración, sin molestias en cuello en los últimos 6 meses, con RMO de la columna cervical normal y sin asistencia de fisioterapia actual. El grupo A recibió movilización de Maitland lateral y posteroanterior de las apófisis espinosas C5, C6 y C7 junto con diatermia de onda corta (SWD) en el hombro, mientras que el grupo B recibió SWD solo en el hombro. Utilizaron un goniómetro para la toma de medidas de rango de movimiento pasivo (PROM) del hombro, la escala visual analógica para evaluar la intensidad dolor y la escala de índice de dolor y discapacidad del hombro (SPADI)

previo al tratamiento, 5 días y 8 días después del tratamiento. Tuvieron como resultado el grupo A, en el pre y post 5° día EVA p 0.002 y SPADI p 0.02, pre y post 8° día EVA p < 0.01 y SPADI p < 0.01, post 5° y post 8° día EVA 1.16 (no significativo) y SPADI p 0.00. Los autores concluyeron que hubo una reducción de la discapacidad funcional después de 5 días de tratamiento en personas con dolor de hombro.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Galicio (15) En su estudio tuvo por objetivo "el efecto que produce la oscilación resonante mantenida en la calidad de vida en los pacientes con hombro doloroso de la Clínica Ecomúsculo". Presentó un diseño experimental de alcance cuantitativo - tipo pre experimento – sub tipo pre test / post test con una sola muestra, no probabilístico por conveniencia en 40 pacientes con hombro doloroso. Aplicó la escala de ASES para evaluar la calidad de vida en los pacientes con diferentes problemas de hombro, tanto en el pre y post tratamiento, considerando diez sesiones con el método de oscilación resonante. La mejor calidad de vida se evidenció de 17,5% aumentado a 72,5% y la peor calidad de vida de 82,5% descendió a 27,5%. La media del dolor: pre test = 2,50 y post test = 1,25. La media funcional: pre test = 1,90 y post test = 2,45. La función cambió pre - post test: de 40% a 10% pacientes con función mala, de 42,5% a 35% regular y de 17,5% a 55% buena calidad de vida. La autora concluyó que la aplicación de terapia manual, como es la oscilación resonante mantenida tuvo un efecto positivo en la calidad de vida en pacientes con hombro doloroso de la clínica Ecomúsculo.

Ventura y Cerdán (16) en su tesis tuvieron como objetivo "explorar el pinzamiento sub acromial y la funcionalidad en pacientes con síndrome de hombro doloroso del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2017". Esta investigación fue de corte transversal, descriptivo observacional y tuvo como el instrumento una ficha de exploración

funcional de hombro que fue elaborado por los investigadores, el cual incluyó 7 partes, tales como, características sociodemográficas – clínicas, salud en general y test ortopédicos, evaluación del dolor, evaluación de la discapacidad, evaluación de la movilidad funcional del hombro y la evaluación de la fuerza muscular isométrica de agarre. En su estudio recopilaron datos del cuestionario DASH para discapacidad de miembro superior y tuvieron una muestra de 135 pacientes con hombro doloroso. La funcionalidad fue dolor severo con 51%, promedio de discapacidad 36%, movilidad funcional limitada por compensación y dolor 50%. Se concluyó que de 36% del promedio de discapacidad, según el cuestionario DASH sería de consideración clínica, en donde la mayor proporción fueron los pacientes con pinzamiento sub acromial positivo.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Discapacidad

En la actualidad se podría decir, que la discapacidad no solo es una afección física o médica, sino que hay un compromiso con el contexto físico, social y político en cada persona. Entonces se entiende que la discapacidad surge de la interacción entre los factores que influyen en el entorno, con el estado de salud de la persona (17).

2.2.2. Lesión del manguito rotador

El manguito rotador se puede catalogar como un sistema de control muscular de poco espesor, se ajusta mediante la retroalimentación neuromuscular de las fuerzas generadas durante el ROM y por la respuesta de los ligamentos glenohumerales, actuando, así como estabilizadores de la cabeza del húmero en la cavidad glenoidea (18).

La patología del MR puede deberse a la ruptura parcial, completa, al pinzamiento y/o a la artropatía por lesión masiva del MR, interviniendo las variaciones del arco coracoacromial y la forma del acromion; así como los relacionados con la etiología, entre ellos la degeneración por envejecimiento, debido a la posible pérdida del flujo sanguíneo en el tendón del músculo supraespinoso con respecto a la edad (18).

Los Mecanismos que producen la ruptura o lesión del manguito rotador son: Microtrauma repetitivo, uso excesivo en la realización de movimientos repetitivos por arriba de la cabeza, ya sea por actividades laborales o deportivas y el traumático, producido por caídas en donde se empleó el brazo como amortiguador (Tabla 2) (18).

TABLA 2: Clasificación de los mecanismos de lesión (18).

Comprensión primaria

Efecto producido por la comprensión extrínseca del arco coracoacromial y la degeneración tendinosa por envejecimiento. Se presentan con mayor frecuencia en pacientes mayores de 40 años.

Comprensión secundaria

Ocasionada secundaria a inestabilidad glenohumeral anterior. Se presenta en pacientes jóvenes.

Tensión

Producida por microtraumatismos repetidos durante la fase de desaceleración, que ocasiona una sobrecarga excéntrica en el manguito. Se visualizan desgarros en la cara inferior del manguito y lesiones del complejo rodete – inserción del bíceps. Se puede presentar en deportistas o en personas que realizan trabajos con movimientos del brazo por encima de la cabeza.

Traumatismos agudos

Debido a traumatismos de alta energía o en deportes de contacto. El mecanismo de aducción forzada y abducción activa contra resistencia es el más frecuente.

El dolor de hombros va a verse afectado en una gran cantidad de adultos, siendo el dolor generado en su mayoría por las lesiones del manguito rotador (LMR), el cual vendría ser un conjunto muscular (músculos supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular) (19).

2.2.3. Lesiones más comunes del manguito rotador

- Las Tendinopatías (19)
- Las Tendinitis por calcificación (19)
- Rotura o desgarro del Manguito Rotador (19)

La Tendinopatía del Manguito Rotador: es un término general que incluye diferentes afecciones del hombro que afectan las estructuras subacromiales, como la tendinopatía de la cabeza larga del bíceps, la bursitis subacromial y el síndrome de pinzamiento del hombro (Harrison y Flatow, 2011). El tendón más afectado con mayor frecuencia es el supraespinoso, quien realiza la elevación de hombro. Esta patología tendinosa del manguito de los rotadores tiene un proceso evolutivo, siendo al inicio una tendinopatía reactiva y posteriormente podría pasar a ser una tendinosis o tendinopatía degenerativa. Al progresar, aparecen pequeñas roturas tendinosas parciales de origen degenerativo, que pueden progresar pasando a ser de espesor completo (Leong, et al, 2012). La clínica en el caso de afectación del supraespinoso, es un dolor anterolateral del hombro, pudiendo aumentarse con la elevación de la extremidad superior afectada; puede aparecer también sensación de debilidad y/o limitación de la movilidad (19).

En una LMR es muy recurrente la aparición de un dolor irradiado por el tercio proximal y anterolateral del brazo. Cuando el musculo infraespinoso se afecta refiere el dolor algo más posterior, el cual aumenta con los movimientos de rotación externa y en el caso del subescapular

el dolor es más anterior y se genera con el movimiento de rotación interna. Frecuentemente puede haber implicación de dos o más tendones y la clínica puede ser mixta (19).

La tendinitis calcificada del hombro: Es una afección incapacitante común, a menudo crónica y recurrente, con presencia de dolor y disminución del RMO del hombro. Esta lesión afecta principalmente a personas de 30 a 60 años. La etiología de la deposición de calcio en el manguito rotador es disputable, podría verse relacionado con una disminución de la presión local de O₂ (hipoxia). Esta tendinitis tiene una prevalencia de calcificación entre 2% y 20% en las articulaciones del hombro asintomática. Se plantea que la obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de la tendinitis calcificada del manguito rotador (Duymaz & Sindel, 2019) (19).

Rupturas del manguito de los rotadores:

Las rupturas parciales, afectan parte del espesor del tendón, se clasifican según la localización anatómica y la profundidad de la lesión, ya sea en milímetros o en porcentaje; mientras que las rupturas totales son las que afectan el espesor total del tendón (18)

Los desgarros crónicos masivos del manguito de los rotadores pueden llegar a presentar una discapacidad dolorosa del hombro con o sin pérdida del RMO activo, así como también puede verse afectada la función. Sin embargo, la pérdida del rango de movimiento activo puede llegar a restringir considerablemente la actividad de la persona (18).

Es frecuente la rotura del manguito rotador con anomalías asintomáticas observadas en el 30 % de los pacientes mayores de 60 años y el 62% por encima de los 80. Esta lesión abarca un espectro de patología, comenzando con un pinzamiento del tendón en el espacio subacromial y progresando a desgarros parciales, desgarros de espesor total que puede variar en tamaño de pequeño a masivo (Dang & Davies, 2018). En la evaluación se puede encontrar debilidad en la

elevación del brazo resistida en la posición de Jobe (supraespinoso), rotación externa resistida a 0 grados de abducción (infraespinoso) o a 90 grados de abducción (redondo menor), o debilidad de la rotación interna (subescapular). Los pacientes con pinzamiento o desgarramiento del tendón supraespinoso también pueden demostrar un arco de movimiento doloroso entre 60 y 120 grados de abducción (Moulton, Greenspoon, Millett, Petri, 2016) (19).

2.2.4. Rehabilitación en LMR

Fase inicial (etapa aguda)

El objetivo es bajar el dolor y control de la inflamación en un tiempo aproximado de cuatro semanas. Debido a las molestias intensas del paciente se recomienda empezar con aplicación de agentes físicos analgésicos, según disposición, tales como; calor, electroterapia u otros e ir observando como realiza los movimientos para que de alguna u otra forma puedan seguir con sus actividades, en algunas con más tolerancia y otras quizás evitarlas para mayor cuidado. Avanzar de forma progresiva con los arcos de movimiento articular del hombro, ya sea con movilidad articular pasiva, autoasistida o activo asistida por un fisioterapeuta. Puede complementarse con estiramientos suaves de los músculos del hombro, incluyendo músculos trapecio, deltoides, pectoral, cintura escapular, bíceps y tríceps. El tratamiento puede variar según el desarrollo de la lesión del manguito rotador, integrando en el proceso la reeducación muscular (20).

Fase intermedia (etapa recuperativa)

El objetivo es la regeneración de los tejidos lesionados en un tiempo aproximado de cuatro a ocho semanas. Se aconseja continuar con el control del dolor de forma opcional, según la necesidad del paciente. Se continúa con los arcos de movimiento, trabajo de flexibilidad, fortalecimiento muscular (ejercicios de cadena cinética cerrada y progresar a ejercicios de cadena cinética

abierta) progresando con la resistencia, ya sea con técnica excéntrica para deltoides, cintura escapular, pectoral, bíceps y tríceps (20).

Fase avanzada (etapa funcional)

El objetivo es mejorar la propiocepción y el control neuromuscular en un tiempo aproximado de ocho a 12 semanas. Es recomendable el inicio con movimientos del hombro por encima de la cabeza y que el retorno sea gradual, plantear un programa de ejercicios de mantenimiento para seguir en casa y según condición del paciente un reforzamiento funcional (20).

Según otros estudios, la terapia manual ayuda a la recuperación en LMR, pero va de la mano también con el ejercicio terapéutico. Estas técnicas pueden ser de movilización glenohumeral, técnicas de movilización para caja torácica (21).

Se podría decir que en todo el tratamiento para rehabilitar el hombro lesionado se requiere de la terapia manual, previamente a ello se debe realizar la evaluación adecuada para poder dar un abordaje más certero según el tejido y/o paciente. Estas técnicas van desde un alineamiento de la articulación glenohumeral, puntos gatillos desactivados, movimiento concéntrico de baja intensidad y ejercicios excéntricos si el estado del tendón está más óptimo (22).

Vale recordar que el tratamiento indicado puede integrar técnicas de deslizamiento caudal, estabilización de cintura escapular, técnicas de contraer - mantener – relajar y deslizamiento dorsal para mejorar flexión rotación interna (23).

2.2.5. Dolor en el adulto mayor

Por la condición de los adultos mayores es común que padezcan de dolor crónico, el cual provoca una discapacidad considerable, asociándose con ansiedad,

hipomovilidad y depresión; afectando así en la mayoría de los casos las relaciones familiares y sociales (24).

2.2.6. Alianza terapéutica

Al poner en práctica la alianza terapéutica, Bordin (1979) propuso que incluye tres componentes clave: los vínculos entre el cliente y el terapeuta, incluido el nivel de seguridad emocional y comodidad del cliente en el tratamiento; las tareas ejecutadas a través de la terapia y si el cliente encuentra beneficiosas estas actividades; y el grado en que los objetivos del terapeuta y del cliente se alinean entre sí (25).

Definición:

La alianza terapéutica enfocada a la rehabilitación está basada en las habilidades comunicativas, la interacción compleja de capacidades o destrezas clínicas y las habilidades de comprender e identificar la percepción y/o emociones que tiene el terapeuta para responder al paciente durante todo el periodo de terapia. A continuación, se presenta 4 elementos que influyen en la alianza terapéutica respecto a la fisioterapia musculoesquelética (24):

1. Comunicación fisioterapeuta - paciente (24).
2. Atención centrada en la persona, planteando un tratamiento individual en cada paciente y considerando sus opiniones (24).
3. Habilidades y destrezas prácticas del fisioterapeuta (experiencia y nivel de capacitación) (24).
4. Los factores ambientales y organizacionales (tiempo dedicado y facilidad para las atenciones y citas (24).

Destrezas y habilidades comunicativas por parte del fisioterapeuta:

- **Escucha activa**, es fundamental que los fisioterapeuta escuchen a los pacientes, comprendan lo que dicen y les permitan expresarse según sus vivencias y/o experiencias, además esto va establecer un vínculo más fuerte donde los pacientes se van a sentir más valorados (24).
- **Empatía**, el fisioterapeuta debe ponerse en el lugar del paciente, tomando en cuenta el sentir del paciente frente a su lesión y brindar un tratamiento óptimo considerando la empatía (24).
- **Afectividad**, una conversación amistosa entre el paciente y el fisioterapeuta va a fortalecer la AT; ya sea desde un saludo gentil, buen sentido del humor, dependiendo de la aceptación del paciente (24).
- **Motivación**, brindar tranquilidad emocional y facilitar la adherencia del tratamiento ayuda a que los pacientes perciban que el fisioterapeuta se preocupa por ellos (24).
- **Confianza**, debe haber respeto mutuo y confianza en sus opiniones realizando la interacción entre el paciente – fisioterapeuta (24).
- **Comunicación no verbal**, el lenguaje corporal (conducta mientras habla), es considerada como una parte esencial (24).

2.2.7. Influencia y beneficios de la AT en el dolor crónico

La evidencia demuestra que en personas con dolor musculoesquelético crónico que realizan fisioterapia, la alianza terapéutica fortalecida mejora los resultados respecto al dolor, y además para facilitar esta alianza es importante que exista un entendimiento por parte de los fisioterapeutas sobre los factores que impactan negativa y positivamente en la relación con el paciente. La AT como estrategia de tratamiento para el dolor crónico considera educar al paciente respecto a su dolor, crear una AT entre el paciente y el profesional de salud, así como también

promover expectativas positivas sobre los resultados del tratamiento planteado, entre otros. Se considera que las habilidades del profesional sanitario son decisivas en el abordaje del dolor crónico musculoesquelético (24).

2.2.8. Componentes de la AT

- **VINCULO:** Mantiene una compleja red positiva de nexos personales entre terapeuta - paciente, donde la relación permitirá que el paciente perciba la calidad del tono emocional por parte del terapeuta. Aquí se incluye aspectos, tales como la empatía, la confianza mutua y la aceptación (26).
- **ACUERDO:** Este componente va desde el propósito y/o objetivo que tiene ambas partes (Profesional – Paciente) para lograr un buen abordaje fisioterapéutico y ambos sientan que es un trabajo en equipo y no personal (26).
- **ACUERDOS EN LAS TAREAS:** Acuerdo acerca de los medios en el que se va a basar para lograr los objetivos planteados. Se estaría hablando de que una relación terapéutica estaría funcionando bien y se notaría la relevancia e importancia de las tareas, al igual que ambos aceptan la responsabilidad (26).

Entonces se podría explicar a la alianza terapéutica como una obra, donde interactúan en conjunto el terapeuta con el paciente, y solo así se podría dar una relación modulada entre ambos (27).

También es importante considerar la atención centrada en el paciente como una herramienta integral, ya que tener una buena comunicación hará que la alianza terapéutica sea más fuerte (28).

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.

Ho: No existe relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi1: Existe relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión síntomas en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.

Ho1: No existe relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión síntomas en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.

Hi2: Existe relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión funcionalidad en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.

Ho2: No existe relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión funcionalidad en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.

3. METODOLOGIA

3.1. Método de la Investigación

Según Bernal, el estudio será Hipotético – deductivo porque se partirá de unas aseveraciones en calidad de hipótesis, las cuales buscara refutar o falsear tales hipótesis, deduciendo de ellas conclusiones generales que deben confrontarse con los hechos antes de constituirse en teorías

(29).

3.2. Enfoque de la Investigación

Según Bernal, la propuesta de investigación será considerada de enfoque cuantitativo, porque mediante la recolección de datos se buscará probar la hipótesis planteada (29).

3.3. Tipo de la Investigación

Según Bernal, es de tipo aplicada, porque tiene como propósito mostrar o examinar la relación entre variables o resultados de las variables. Examina relaciones entre variables o sus resultados, pero en ningún momento explica causa o consecuencias. La investigación tiene una aplicación directa a un problema de salud musculoesquelético en la población adulto mayor, como son las lesiones del manguito rotador (29).

Alcance: Descriptivo correlacional.

3.4. Diseño de la Investigación

La presente investigación será de diseño no experimental y de corte transversal. Según Hernández, Fernández y Baptista, refieren que el estudio es de diseño no experimental porque no se manipulan las variables a estudiar y de corte transversal porque los datos serán recolectados en un solo momento y en un tiempo único; es decir, no se realizará seguimiento a los pacientes adultos mayores (30).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población:

Arispe define a la población como el conjunto de casos que tienen una serie de especificaciones en común y se encuentra en un espacio determinado (37). La población estará constituida por 80 pacientes de 60 a 70 años de edad con lesión del manguito rotador del área de TF del Centro de terapia Movimusculo en Lima.

Muestra:

Bernal refiere que la muestra es la parte de la población que se selecciona, de la cual se obtiene la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuarán la medición y la observación de las variables objeto de estudio (29). La muestra es no probabilística por conveniencia de tipo censal. Se tomará la muestra solo a aquellos que cumplan con los criterios de inclusión y se descartará a los de criterio de exclusión. Por tal motivo se va utilizar a toda la población que cumplan con todos los requerimientos de selección del centro de terapia Movimusculo durante los meses de abril – mayo del 2025. Se tendrá como referencia la estadística de los pacientes adultos mayores que fueron atendidos durante el último bimestre del año pasado.

Muestreo:

Bernal nos dice que el muestreo es una típica parte de una población seleccionada para la realización de un estudio, siendo solo una parte del interés de la población (29).

El muestreo no se realiza porque estoy usando toda la muestra.

Número de muestra final (n): 80 pacientes con lesión del manguito rotador.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Adultos mayores de 60 a 70 años.
- Que sean ambos sexos.
- Que ya hayan recibido más de 3 sesiones de terapia.
- Que estén orientados en tiempo y espacio.
- Que firmen el consentimiento informado.
- Que padezcan lesión musculo esquelética crónica.

Exclusión:

- Pacientes con trastornos psiquiátricos.
- Pacientes postrados.
- Pacientes con problemas audición y alteración de la visión.
- Pacientes con dolor por CA.

3.6. Variables y operacionalización

V1: Alianza terapéutica con terapia manual.

V2: Discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores.

Variables intervinientes:

- Edad: 60 a 70 años.
- Sexo: masculino o femenino.
- Ocupación: Personal de salud, ama de casa y otras ocupaciones.

Matriz de 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>
V1	La alianza terapéutica es un trabajo conjunto entre paciente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica (31).	Esta variable se va a medir con un cuestionario que va a medir la percepción del paciente, el cual es unidimensional y va estar compuesto de 14 preguntas o ítems, con una escala Likert de cinco puntos.		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mi fisioterapeuta y yo hemos acordado conjuntamente los objetivos del tratamiento. 2. He podido expresar mis dudas sobre el tratamiento y mi fisioterapeuta me ha escuchado. 3. Mi fisioterapeuta y yo tenemos una relación de confianza. 4. Mi fisioterapeuta y yo trabajamos conjuntamente para conseguir mi mejora. 5. Mi fisioterapeuta me explica en detalle las pautas del tratamiento e intenta resolver mis dudas. 6. Mi fisioterapeuta y yo tenemos una relación honesta. 7. Mi fisioterapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que necesito recuperar. 8. Mi fisioterapeuta utiliza un lenguaje sencillo para comunicarse conmigo. 9. Con mi fisioterapeuta puedo hablar de mis sentimientos y pensamientos. 10. Mi fisioterapeuta me motiva y me ayuda a involucrarme activamente en mi recuperación. 11. Mi fisioterapeuta y yo hemos desarrollado juntos mi plan de tratamiento. 12. Comprendo las indicaciones que el fisioterapeuta utiliza para enseñarme los ejercicios. 13. Mi fisioterapeuta ha tomado en cuenta mis deseos y preocupaciones en cuanto a las técnicas de tratamiento aplicadas. 14. Las pautas (series, repeticiones, descanso) del tratamiento que tengo que realizar en casa las he establecido conjuntamente con mi fisioterapeuta. 	Nominal dicotómica.	<p>“Totalmente en desacuerdo (2 puntos)”, “parcialmente en desacuerdo (1 punto)”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo (0 punto)”, “parcialmente de acuerdo (3 puntos)” y “totalmente de acuerdo (4 puntos)”.</p> <p>Una puntuación más alta en el cuestionario indicaría una mayor alianza terapéutica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puntuación alta, hay mayor alianza terapéutica. - Puntuación baja, hay menor alianza terapéutica.

V2	<p>La lesión del MR está asociada con la edad y este proceso degenerativo se inicia a partir de la cuarta década de la vida y la rotura de sus componentes del MR (supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor) es una causa frecuente de dolor musculoesquelético y discapacidad; lo que se genere hipomovilidad, debilidad e inestabilidad del hombro, pudiendo llegar a limitar la funcionalidad de paciente (32).</p>	<p>Esta variable se va a medir con un cuestionario que tendrá 30 preguntas y medirá la percepción del paciente en sus 2 dimensiones, usando la escala de Likert.</p> <p>Cada ítem se puntúa de 1 a 5, con valores crecientes en función de la intensidad de los síntomas. La puntuación de los ítems se suma y se hallará el promedio.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Síntomas 2. Funcionalidad 	<p>FUNCIONALIDAD</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abrir un bote de cristal nuevo. 2. Escribir 3. Girara una llave 4. Preparar la comida 5. Empujar y abrir una puerta pesada 6. Colocar un objeto en una estantería situadas por encima de su cabeza. 7. Realizar tareas duras de la casa (p.ej. limpiar el piso, fregar paredes, etc.) 8. Arreglar el jardín. 9. Hacer la cama 10. Cargar un bolso del supermercado o un maletín. 11. Cargar un objeto pesado (más de 5 kilos). 12. Cambiar una bombilla del techo o situada más alta que su cabeza. 13. Lavarse o secarse el pelo. 14. Lavarse la espalda. 15. Ponerse un jersey o un suéter. 16. Usar un cuchillo para cortar la comida. 17. Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo (p. ej. jugar a las cartas, hacer punto, etc.) 18. Actividades de entretenimiento que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro o mano (p. ej. golf, martillar, tenis o a la petanca) 19. Conducir o manejar sus necesidades 20. de transporte (ir de un lugar a otro) 21. Actividad sexual. 22. Durante la última semana, ¿su problema en el hombro, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales 	<p>Cualitativo ordinal.</p>	<p>La puntuación total, puede oscilar entre 30 y 150 puntos y se transforma en una escala de 0 (mejor puntuación posible) a 100 (peor puntuación posible).</p> <p>A mayor puntuación, mayor discapacidad.</p> <p>A menor puntuación, menor discapacidad.</p> <p>- 0-49 (Discapacidad leve)</p> <p>- 50-99 (Discapacidad Moderada)</p> <p>-100-150 (Discapacidad Severa)</p>
----	--	--	---	-----------------------------	--	-----------------------------	---

normales con la familia, sus amigos, vecinos o grupos?

23. Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro o mano?

SÍNTOMAS

24. Dolor en el brazo, hombro o mano.
25. Dolor en el brazo, hombro o mano cuando realiza cualquier actividad específica.
26. Sensación de calambres (hormigueos y alfilerazos, en su brazo, hombro o mano.
27. Debilidad o falta de fuerza en el brazo, hombro, o mano.
28. Rigidez o falta de movilidad en el brazo, hombro o mano.
29. Durante la última semana, ¿cuanta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombro o mano?
30. Me siento menos capaz, confiado o útil debido a mi problema en el brazo, hombro, o mano.

V. I EDAD	<p>Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento presente. La edad cronológica del adulto mayor nos indica un proceso de envejecimiento (33).</p>	<p>Vida de la persona expresada en años.</p>	<p>Pacientes de 60 – 70 años.</p>	<p>Cantidad de años vividos.</p>	<p>Cuantitativo Por intervalo discreto.</p>	<p>Número de años</p>
V. I SEXO	<p>Condición biológica de los individuos, que se clasifica en mujeres y hombres (34).</p>	<p>Masculino y femenino.</p>			<p>Cualitativo nominal dicotómica</p>	<p>Masculino Femenino</p>
V. I OCUPACIÓN	<p>Indica la clase social, como es la profesión u oficio y el poder adquisitivo, asimismo la ocupación se puede utilizar como factor de riesgo de algunas enfermedades y para estudiar patologías laborales (35).</p>	<p>A que se dedica el paciente y que lesión le aqueja durante su desenvolvimiento laboral.</p>	<p>Personal de salud Ama de casa Otras ocupaciones.</p>	<p>A que se dedica una persona.</p>	<p>Cualitativo nominal politómicas.</p>	<p>Personal de salud Ama de casa Otras ocupaciones</p>

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se usará la técnica de recolección de datos mediante el uso de una ficha para la obtención respectiva de datos de los pacientes con lesión del manguito rotador, donde se considerará algunos datos de la anamnesis (edad, sexo, ocupación); así como datos de la entrevista personal (como fue el daño, como se siente, desde cuando presenta síntomas, que prioridades tiene actualmente después de haber recibido previamente otras terapias, cuáles son sus perspectivas para llevar nuevas terapias).

Se procederá con el permiso respectivo de las autoridades del centro de fisioterapia para el desarrollo del proyecto, indicando que previamente ante cualquier procedimiento se realizará una capacitación o charla educativa a los pacientes para que estén bien orientados e informados de lo que básicamente se trabajaría con ellos, esto se haría en 1 solo día. El lugar a trabajar sería el auditorio del centro de fisioterapia con previa coordinación para cada actividad programada, seleccionando 4 grupos de 20 participantes en 2 días diferentes, por el motivo de ser un grupo de 80 pacientes (sería 2 horas aprox. por cada grupo); tomándose el tiempo de 10 min por cada uno de ellos, para llenar consentimiento informado, llenado de ficha de recolección de datos, entrevista personal y llenado del cuestionario DASH para ver el nivel de discapacidad y después se procede a explicar en qué consiste un abordaje a base de terapia manual, debido a que muchos pacientes en mi experiencia me han mencionado que sus terapias han sido más manejadas con agentes físicos y le han dicho que deben inmovilizar el hombro para mejorar, mientras que ha sido todo lo contrario y por eso después de haber recibido tratamientos bajo esa perspectiva y no sintieron avance recurren a buscar otras ayudas. Se le explica con detalle cómo sería un abordaje con técnicas manuales (deslizamiento posterior de hombro, movilización de tejidos blandos para disminuir tensión del bíceps braquial, técnicas de asistencia escapular, técnicas de

reposicionamiento escapular movilización activa de cuello y hombro). Finalmente se entrega el cuestionario de CAF-P para ser llenado y básicamente ver si se da alianza terapéutica.

Una vez obtenido el permiso y haberse dado la explicación correspondiente a los pacientes se estaría procediendo a la entrega del consentimiento informado para la firma correspondiente de que estarían de acuerdo con desarrollar el proyecto respectivo. Seguido de ello se entrega la ficha de recolección de datos, entrevista personal y llenado del cuestionario DASH, continuando luego con la explicación de cómo sería una probable intervención fisioterapéutica y se estaría finalizando con la entrega y llenado del cuestionario CAF-P con todos los pacientes en su horario y/o turno programado.

El presente estudio empleo 2 instrumentos, fueron el cuestionario CAF-P y el cuestionario DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) en versión completa, los cuales fueron validados. Según Linares (2021), el cuestionario constituye un instrumento utilizado para pacientes atendidos por fisioterapeutas a diferencias de otros que miden dentro de toda el área de salud, como es por medicina y/o en psicología, obteniéndose así respuestas vinculadas directamente con paciente – fisioterapeuta, objetivos concretados y colaboración en el proceso de su rehabilitación (9).

Cuestionario CAF-P

El cuestionario CAF-P, es una modificación de varios instrumentos y fue creado por Teresa Linares Fernández, con la finalidad de que los fisioterapeutas puedan evaluar la alianza terapéutica en su área y no de alguna otra a rama médica. Este sería un cuestionario que va a permitir valorar la interacción o vínculo relacionado entre fisioterapeuta – paciente, así como también permite poder plantear los objetivos en conjunto y permitir ver si la paciente continua con las tareas dadas por el fisioterapeuta (9).

Cuestionario DASH

Este cuestionario es una escala para valorar las discapacidades del brazo, el hombro y la mano se utiliza para evaluar los miembros superiores como unidad funcional. Este instrumento está compuesto por una estructura teórica unifactorial y se basa en aspectos físicos, sociales y psicológicos. También se encuentra certificado en diferentes idiomas y permite el estudio de diversas patologías especialmente osteomusculares. Se incluyeron un total de siete estudios realizados en cinco países; uno en México, tres en España, dos en Colombia, y otro en Puerto Rico. Seis de ellos validaron la versión completa de la escala DASH y uno la versión corta, a partir del contenido, criterio, constructo, longitudinal y convergente (36).

3.7.2. Descripción de instrumentos.

A continuación, se describirá la ficha técnica de los instrumentos a utilizar.

La ficha técnica del instrumento 1 “CAF-P”. (V1)

Población: 203 pacientes (144 mujeres), entre 20 y 65 años.

Tiempo: No se menciona.

Momento: El llenado del cuestionario se realiza en una primera instancia y se hace un segundo llenado después de 5 a 7 días para evitar que los pacientes recuerden sus respuestas anteriores.

Lugar: Los pacientes de estudio completaron los cuestionarios en una habitación separada del área de tratamiento.

Validez: Este cuestionario fue sometido a procedimientos de validación de juicio de expertos (9 peritos).

Fiabilidad: Consistencia interna (α de Cronbach y coeficientes de correlación ítems – total). El α de cronbach fue de 0,91 (IC 95% 0,89-0,93); lo que indica un alto grado de

consistencia interna. La confiabilidad test-retest fue buena, con un CCI de 0,87 (IC 95% 0,73-0,94). El SEM fue de 2,68 y el MDC de 7,41.

Tiempo de llenado: El tiempo medio necesario para rellenar el cuestionario fue de 1 min. 47 s.

Número de ítems: El instrumento CAF-P tiene 14 ítems.

Dimensiones: Sin dimensiones.

Alternativas de respuesta: Las alternativas de respuesta de los ítems son: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo.

Baremos (niveles, grados) de la variable: Puntuación alta, hay mayor alianza terapéutica y puntuación baja, hay menor alianza terapéutica.

La ficha técnica del instrumento 2 “Cuestionario DASH”. (V2)

Población: 98 pacientes de 18 a 70 años de edad.

Tiempo: No se menciona.

Momento: Se les entregaba en consulta para su cumplimentación autoadministrada y se devolvían al finalizar. También se volvía a tomar el cuestionario al finalizar el tratamiento.

Lugar: Los pacientes de estudio se reclutaron en el servicio de unidad de rehabilitación hospitalaria y 9 unidades básicas de rehabilitación extrahospitalarias y completaron los cuestionarios en una sala aparte.

Validez: Este cuestionario fue sometido a procedimientos de validación de análisis de correlación, utilizándose el coeficiente de correlación de Spearman.

Fiabilidad: Mediante el análisis de consistencia interna (α de Cronbach y la reproducibilidad mediante la prueba test-retest / coeficiente de correlación de Pearson).

Tiempo de llenado: El tiempo de cumplimentación se halla entre los 5 y 15 minutos descritos.

Número de ítems: El instrumento DASH tiene 30 ítems y 2 módulos opcionales de 4 ítems cada uno (módulo de deportes y m. laboral).

Dimensiones: Consta de 2 dimensiones: "funcionalidad" (1 al 23, 29, y 30) y "síntomas" (24 al 28).

Alternativas de respuesta: (Sin dificultad, dificultad leve, dificultad moderada, dificultad severa, incapaz); (Nada, ligeramente, moderadamente, mucho, extremadamente); (Nada limitado, ligeramente limitado, moderadamente limitado, muy limitado, incapaz); (Nula, leve, moderada, severa, extrema); (Ninguna dificultad, (37)dificultad leve, dificultad moderada, dificultad severa, tanta dificultad que no pude dormir) y (Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo).

Baremos (niveles, grados) de la variable: A mayor puntuación, mayor discapacidad. A menor puntuación, menor discapacidad.

3.7.3. Validación

Según algunos autores, mencionan que la validez es el grado con que el instrumento medirá la variable que se requiera medir, teniendo en cuenta su contenido, criterio, constructo, opinión de expertos y la comprensión de los instrumentos (37).

La presente investigación utilizará los instrumentos: "CAF-P", para medir la alianza terapéutica entre fisioterapeuta y paciente y "Cuestionario DASH", para ver el grado de discapacidad

funcional del miembro superior. Cuyo proceso de validación fue explicado en el punto 3.7.2.

3.7.4. Confiabilidad

Según algunos autores, antes que se inicie el proceso de la recolección de datos, se deben pasar los instrumentos por los procesos de la confiabilidad (37).

Para asegurar la representatividad de los instrumentos en el presente grupo poblacional se calculará: alfa de Cronbach u otro.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se usará el programa Word para la redacción del proyecto de tesis y demás documentación. Se utilizará el programa Excel Para la creación de la base de datos, tablas de frecuencia y gráficos; también se calculará el tamaño de muestra a tratar mediante el mismo programa en mención (adaptado por el grupo Fisterra). En la parte estadística, para la prueba de hipótesis se utilizará la estadística inferencial y para saber si los datos obtenidos están relacionados o no se usará la prueba de normalidad, donde consideraremos la prueba de Kolmogorov – Smirnov para verificar si el procedimiento estadístico sigue una distribución normal, teniendo en cuenta el p valor < 0.05 para lograr un resultado confiable. Se utilizará el programa estadístico SPSS, considerando el valor alfa de 0,05.

3.9. Aspectos éticos

El presente estudio respetará las normas internacionales y nacionales sobre investigación en humanos (pacientes con lesión del manguito rotador), así como las medidas de prevención vigentes en bioseguridad. Para el desarrollo de la presente investigación, será presentado al Comité de Ética de la Universidad Privada Norbert Wiener, para su aprobación y su posterior aplicación de los instrumentos, mediante el cual se otorga mediante el código de ética la

adopción de buenas prácticas, y la integridad en la investigación científica (38). Se solicitará el permiso para la recolección de datos mediante el análisis de las historias clínicas a las autoridades de la institución donde se desarrollará la investigación. La investigación requiere la aplicación del consentimiento informado de los pacientes, para la aplicación del instrumento. Por lo cual, se asegura la confidencialidad de los datos utilizados y que los resultados obtenidos serán con fines académicos, conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 “Ley de Protección de Datos Personales”. Para lo cual a cada uno de los participantes se les entregará un consentimiento informado detallado en el cual se les explicará los objetivos y procedimientos de la investigación, de esta manera garantizando su participación de manera consciente y voluntaria, pudiendo retirarse en el momento que crea por conveniente (Ver Anexo 4).

Se elaborará y enviará la documentación necesaria a las instituciones involucradas para los requerimientos de datos. Se seguirá el procedimiento metodológico que mejor se adapte a la investigación respectiva, así como el uso de dos instrumentos de recolección de datos con validación y confiabilidad suficiente para lograr los objetivos. Se salvaguardará el anonimato de los participantes del estudio, así como se protegerá confidencialmente sus datos personales según lo referido a la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”). Será entregado un consentimiento informado a los pacientes que participaran en el estudio, para que dejen el sustento voluntario de su participación. En el mencionado documento se redactará los objetivos y procedimientos de la presente investigación.

El acopio de datos cumplirá con el principio de “DECLARACIÓN de HELSINKI”, que establece el respeto irrestricto del derecho de las personas a salvaguardar su integridad física y mental y su personalidad, que pudieran ser vulnerados con los resultados de los datos, por lo que se mantendrá el anonimato de los nombres de los pacientes que se serían utilizados como parte de la base de datos de la investigación (39)

Además, la investigación tendrá un estricto cumplimiento de los principios de la investigación Biomédica y de Comportamiento de BELMONT, para la protección de sujetos humanos (40).

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2024		2025							
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Elaboración del proyecto de investigación	X	x	x							
Validación de los instrumentos				X						
Envío de documentación para la recolección de datos				X						
Desarrollo de la prueba piloto					X	x				
Recolección de datos						x	x			
Análisis estadístico							x			
Redacción de los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones							x	x		
Elaboración del Informe final								X		

Correcciones del Informe Final									X	
Redacción de artículo científico									X	
Sustentación										x
Publicación en revista indexada										x

4.2. Presupuesto

Recursos Humanos

1. Investigador.
2. Asesor designado por la universidad.
3. Asesor estadístico.
4. Asesor temático.

Bienes

1. Papel.
2. Lapiceros.
3. Sobres manila.

Servicios

1. Alquiler de local.
2. Servicio de alimentos (agua, fruta).
3. Servicio de agua, luz, teléfono.
4. Pasajes.
5. Internet.

Gastos administrativos y/o imprevistos

1. Gastos extras que se pueda requerir.

Recursos humanos	Monto (soles)
Investigador.	S/ 0.00
Asesor estadístico.	S/ 1,500.00
Asesor temático.	S/ 0.00
<i>Sub total</i>	S/ 1,500.00
Bienes	
Papel	S/ 12.00
Impresiones con hojas bond A4	S/ 50.00
Sobre manila A4	S/ 10.00
Lapiceros	S/ 10.00
<i>Sub total</i>	S/ 82.00
Servicios	
Alquiler de local	S/ 300.00
Servicios de agua, luz, telefonía	S/ 180.00
Servicios de alimentos (agua, fruta)	S/ 150.00
Pasajes	S/ 100.00
Internet	S/ 100.00
<i>Sub total</i>	S/ 830.00
Gastos de imprevistos	S/ 600.00
Total	s/ 3,012.00

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrasco-García V, Sotelo-Barroso F, Vargas-Vargas S, Vera-Delgado M. Ángulo Crítico Del Hombro Como Predictor De Severidad En Las Lesiones Del Manguito Rotador. *Acta Ortopédica Mex.* 2023;37(4):197–202.
2. Gallardo-Vidal M, Calleja-Delgado L, Tenezaca-Marcatoma J, Calleja-Guadix I, Daimiel-Yllera A, Morales-Tejera D. Physiotherapy and health education protocol in chronic musculoskeletal shoulder pain. Experience in Primary Care. *Aten Primaria* [Internet]. 2022;54(5):102284. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102284>
3. Díaz-Narváez V, Cornejo-Mercurio M, Artigas-Albornoz J, Velis-Reyes Y, Díaz-Escobar C. Relacion entre catastrofización, kinesiofobia, discapacidad e intensidad de doloren pacientes con síndrome de hombro doloroso. 2023;2041(2020):926–32.
4. Sanchez-Rodriguez C. Efectos de una intervención basada en Educación en Neurociencia del Dolor como coadyuvante al Ejercicio Terapéutico en la kinesiofobia de pacientes con dolor cervical crónico: una aproximación mixta [Internet]. 2019. Available from: <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/151833>
5. Soliño S, Mignone F, Policastro P, Vuoto T, Pierobon A, Porollan J. Factores pronósticos de beneficio clínico sustancial en patologías musculoesqueléticas de hombro. *Acta Ortopédica Mex.* 2024;38(3):142–8.
6. Zurita-Ortega F, Chacón-Cuberos R, Fernández-Sánchez M, Castro-Sánchez M. Asociación entre actividad física, estado de salud y patología de hombro en adultos chilenos (Relationship between physical activity, health status, and shoulder pathology

in adults from Chile). Retos. 2019;2041(35):246–9.

7. Cabeza - Carmona M, Barranco - Ruiz Y, Villa - Gonzáles E. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LESIONES PARA LA MEJORA DE LA SALUD ARTICULAR DEL HOMBRO EN JOVENES TRIATLETAS. Fed Española Asoc Docentes Educ Física. 2019;2041:80–6.
8. Moore A, Holden M, Foster N, Jinks C. Therapeutic alliance facilitates adherence to physiotherapy-led exercise and physical activity for older adults with knee pain: a longitudinal qualitative study. J Physiother [Internet]. 2020;66(1):45–53. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.11.004>
9. Linares-Fernández T. Creación y validación de un cuestionario de alianza terapéutica en fisioterapia. Universidad CEU San Pablo; 2021.
10. Guevara-Tirado A, Sánchez-Gavidia J. ARTÍCULO ORIGINAL Grado de dolor , trastornos musculoesqueléticos más frecuentes y características sociodemográficas de pacientes atendidos en el Área de Terapia Física y Degree of pain , most frequent musculoskeletal disorders and sociodemographic charac. 2022;22n3.04:33–41.
11. Isidro-Carhuas C. LESIONES FRECUENTES DEL MANGUITO ROTADOR EN PACIENTES CON HOMBRO DOLOROSO EVALUADOS POR ECOGRAFÍA LIMA 2019 Línea de investigación : Salud Pública Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica con especialidad de Radiología Aut. Universidad Nacional Federico Villareal; 2021.
12. Gutiérrez - Espinoza H, Lorenzo - Garcia P, Valenzuela - Fuenzalida J, Araya - Quintanilla F. Resultados funcionales de un programa de fisioterapia en pacientes con

rotura masiva e irreparable del manguito rotador. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2021;65(4):248–54.

13. Bustamante - Suárez de Puga D, Villegas - Robles E, Ortuño - Moreno J, Cebrián - Gómez R, Sanz - Reig J. Resultados del tratamiento artroscópico de la rotura del manguito rotador en pacientes mayores de 60 años. Acta Ortopédica Mex. 2020;34(1):38–42.
14. Ronika - Agrawal, Gayatri - Karandikar A. The Effect of Mobilization of an Asymptomatic Cervical Spine on Shoulder Pain, Shoulder Range of Motion and Shoulder disability in Patients with Shoulder Pain. Indian J Physiother Occup Ther - An Int J. 2020;14(1):196–201.
15. Galicio - Torrecillas C. Efecto De La Oscilación Resonante Mantenido En La Calidad De Vida En Pacientes Con Hombro Doloroso - Ecomúsculo 2019. Univ Nac Federico Villarreal. 2019;(nnnnz):137–43.
16. Ventura - Alarcon Y, Cerdan - Cueva H. Pinzamiento subacromial y funcionalidad en pacientes con síndrome de hombro doloroso del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho, 2017. Vol. 11, Jurnal Akuntansi. NORBERT WIENER; 2017.
17. Organización Panamericana de la salud, OPS y Organización mundial de la Salud O. DISCAPACIDAD [Internet]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
18. Méndez - Domínguez N, Aguiñaga - Malanco S, López - Muñoz R, Santos - Zaldivar K. Bases para el abordaje multidisciplinario de la pseudo paresia y pseudo parálisis de

- hombro por patología del manguito rotador. *Acta Ortopédica Mex.* 2020;34(4):242–8.
19. Riverón - Torres J, Reynaldo - Cejas L, Mercedes - Sainz I. Lesiones Más Frecuentes En El Manguito Rotador. Factores De Riesgo Y Tratamientos Efectivos. *Didasc@lia Didáctica y Educ* [Internet]. 2020;11:1–13. Available from:
<https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/988/993>
 20. Contreras del Toro L, González Damián J, Cruz Medina E, Macías Hernández SI. Lesiones de manguito rotador: estado actual de la literatura con enfoque en rehabilitación. *Investig en Discapac.* 2023;9(1):13–23.
 21. Naranjo Cinto F, Cerón Cordero AI, Figueroa Padilla C, Galindo Paz D, Fernández Carnero S, Gallego-Izquierdo T, et al. Real versus Sham Manual Therapy in Addition to Therapeutic Exercise in the Treatment of Non-Specific Shoulder Pain: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Med.* 2022;11(15).
 22. Fisiofocus, Ruiz Lotero F. Terapia manual ortopedica en hombro [Internet]. Available from: <https://www.fisiofocus.com/es/articulo/terapia-manual-ortopedica-en-hombro-y-rodilla>
 23. Guaman Capito C, Pilco Toscano C, Villota Rodríguez P. Rehabilitación Propioceptiva del Síndrome de Hombro Doloroso. *Rev Vive.* 2022;5(15):774–80.
 24. Rodriguez - Pascual A. Influencia de la alianza terapeutica mas el ejercicio fisico en la persona adulta mayor con dolor cronico. Vol. 33, *Braz Dent J.* 2022.
 25. PettyJohn - Morgan E, Fang - Tseng C, Blow - Adrian J. Therapeutic Utility of Discussing Therapist/Client Intersectionality in Treatment: When and How? *Fam Process.* 2020;59(2):313–27.

26. Andrade González N. La alianza terapéutica / The therapeutic alliance. Clínica y Salud [Internet]. 2005; Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1147369>
27. Márquez Cruz L. FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES Influencia de la alianza terapéutica en el éxito de la terapia . Autora : Lina Márquez Cruz
Directora : Maria Esther Martín Íñigo Madrid. 2022.
28. Physiopedia. Alianza terapéutica [Internet]. Available from: <https://langs.physio-pedia.com/es/therapeutic-alliance-es/#:~:text=La alianza terapéutica%2C también denominada,en los resultados del tratamiento.>
29. Bernal Torres C. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION [Internet]. 2010. 1–322 p. Available from: <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0061.pdf>
30. Hernandez - Sampieri R, Fernandez C, Carlos - Baptisa Lucio P. Metodología de la Investigación. 2006.
31. Osma Rueda J, Carreño Mesa F. Manguito de los rotadores: epidemiología, factores de riesgo, historia natural de la enfermedad y pronóstico. Revisión de conceptos actuales. Rev Colomb Ortop y Traumatol. 2016;30:2–12.
32. Corbella S, Botella L. La alianza terapeutica: Historia, investigacion y evaluacion / Therapeutic alliance: History, research and assessment. An Psicol. 2003;19(2):205–21.
33. Rodríguez Ávila N. Envejecimiento: edad, salud y sociedad. Horiz Sanit [Internet]. 2018;17(2):87–8. Available from:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087

34. Bloque I. El Lenguaje Y La Socialización De Género Libro 1. Aclarando Conceptos Básicos a. Definiendo Sexo, Definiendo Género.
35. Domingo Salvany A, Marcos Aalonzo J. PROPUESTA DE UN INDICADOR DE LA CLASE SOCIAL BASADO EN LA OCUPACIÓN.
36. Carmona Uribe M, Llano Cano P, Ortega Gallego, Y. Cardona Rendon N, Restrepo Peña M, Ruiz Restrepo V, Mera-Mamián AY. Validity and reliability of DASH scale. Rev Cuba Ortop y Traumatol. 2022;36(4):1–15.
37. Arispe Alburqueque C, Yangali Vicente J, Guerrero Bejarano M, Rivera Lozada O, Acuña Ganboa L, Arellano Sacramento C. La investigación científica - una aproximación para los estudios de posgrado. 2015. 6 p.
38. Centro de Investigación de la Universidad Norbert Wiener. Reglamento de código de ética para la investigación. 2020;1–15.
39. Manzini Jorge L. Declaración De Helsinki: Principios Éticos Para La Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos. Acta Bioeth. 2000;6(2):321–34.
40. Comision Nacional para la protección desujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Natl Institutes Heal [Internet]. 2003;12. Available from: <https://www.etsu.edu/irb/Belmont Report in Spanish.pdf>

Anexos

Anexo 1. Matriz de Consistencia

“Alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión síntomas en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión funcionalidad en la</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Analizar la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1. Establecer la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión síntomas en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.</p> <p>2. Establecer la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Hi: Existe relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.</p> <p>Ho: No existe relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.</p> <p>Hipótesis Específica</p> <p>Hi1: Existe relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión síntoma en la discapacidad por lesión</p>	<p>Variable 1</p> <p>Alianza terapéutica con terapia manual.</p> <p>Variable 2</p> <p>Discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores.</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas - Funcionalidad 	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Aplicada de alcance correlacional.</p> <p>Método y diseño de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipotético - Deductivo Con enfoque cuantitativo. • No experimentales de corte transversal. • Estudio correlacional <p>Población Muestra</p> <p>80 pacientes de 60 a 70 años de edad con lesión del manguito rotador del área de TF del Centro de terapia Movimusculo en Lima.</p>

<p>discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025?</p>	<p>funcionalidad en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.</p>	<p>del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.</p> <p>Ho1: No existe relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión síntomas en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.</p> <p>Hi2: Existe relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión funcionalidad en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.</p>		
---	---	---	--	--

		Ho2: No existe relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la dimensión funcionalidad en la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025.		
--	--	--	--	--

Anexo 2: Instrumentos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“ALIANZA TERAPÉUTICA CON TERAPIA MANUAL Y LA DISCAPACIDAD POR
LESIÓN DEL MANGUITO ROTADOR EN ADULTOS MAYORES DE
MOVIMUSCULO, LIMA 2025”

Estimado paciente:

Le entregamos esta ficha, cuyo objetivo es poder realizar un trabajo de investigación donde se pueda ver la relación entre la alianza terapéutica del fisioterapeuta con el paciente aplicando la terapia manual y la discapacidad producida por la lesión del manguito rotador.

Es aplicado por la Lic. Karen Basauri Revilla, egresada de la Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, para la obtención del grado de segunda especialidad de TMO.

Es de suma importancia contar con sus respuestas ya que eso permitirá obtener resultados para resolver posibles hipótesis planteadas en la respectiva investigación.

Para participar usted ha sido seleccionado al azar, para garantizar una representación de todas las personas que son objetivo del estudio, por ello, son muy importantes sus respuestas. Completarla le llevará alrededor de 20 minutos. Además, se le está entregando otro documento, que vendría hacer el CONSENTIMIENTO INFORMADO, en el cual usted debe plasmar su aceptación de participar en el estudio.

Esta encuesta es completamente **VOLUNTARIA** y **CONFIDENCIAL**. Sus datos se colocarán en un registro **ANÓNIMO**. Toda la información que usted manifieste en el cuestionario se encuentra protegida por la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”).

Agradezco anticipadamente su participación.

Ante cualquier consulta, puede comunicarse con:

Lic. Lizbeth Karen Basauri Revilla.

Teléfono: 912349840

UNIVERSIDAD NORBERT WIENER

E.P.G

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO

Este consta de preguntas sobre sus datos básicos (edad, sexo, etc.) y muestra preguntas sobre el estudio en sí. Por favor, lea con detenida paciencia y responda cada pregunta (**ES IMPORTANTE QUE CONTESTE TODAS; si no desea contestar alguna, por favor escriba al lado el motivo**).

Lea cuidadosamente cada pregunta y coloque una X en el recuadro de su elección.

Estaremos al tanto de sus dudas ante cualquier pregunta y no dude en consultarla con la persona encargada o quien le brindo el cuestionario.

RECUERDE QUE SU PARTICIPACIÓN AYUDARÁ AL AVANCE DE LA INVESTIGACIÓN PARA ASI MEJORE LA SALUD DE LAS PERSONAS.

“ALIANZA TERAPÉUTICA CON TERAPIA MANUAL Y LA DISCAPACIDAD POR LESIÓN DEL MANGUITO ROTADOR EN ADULTOS MAYORES DE MOVIMUSCULO, LIMA 2025”

Participante N.º _____

Fecha: _____

Datos sociodemográficos:

1. EDAD:

2. SEXO:

3. OCUPACIÓN

INSTRUMENTO PROPIAMENTE DICHO (V1)

CAF-P

Por favor conteste las siguientes preguntas haciendo una X en la respuesta que describa mejor su opinión en relación a las siguientes afirmaciones. Este cuestionario es confidencial. Asegúrese de contestar a todas las preguntas.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni desacuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi fisioterapeuta y yo hemos acordado conjuntamente los objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. He podido expresar mis dudas sobre el tratamiento y mi fisioterapeuta me ha escuchado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mi fisioterapeuta y yo tenemos una relación de confianza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi fisioterapeuta y yo trabajamos conjuntamente para conseguir mi mejora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mi fisioterapeuta me explica en detalles las pautas del tratamiento e intenta resolver mis dudas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi fisioterapeuta y yo tenemos una relación honesta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni desacuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--	--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

7. Mi fisioterapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que respecta mi rehabilitación.

8. Mi fisioterapeuta utiliza un lenguaje sencillo para comunicarse conmigo.

9. Con mi fisioterapeuta puedo hablar de mis sentimientos y pensamientos.

10. Mi fisioterapeuta me motiva y me ayuda a involucrarme activamente en mi recuperación.

11. Mi fisioterapeuta me motiva y yo hemos desarrollado juntos mi plan de tratamiento.

12. Comprendo las indicaciones que el fisioterapeuta utiliza para enseñarme los ejercicios.

13. Mi fisioterapeuta ha tomado en cuenta mis deseos y preocupaciones en cuanto a las técnicas de tratamiento aplicadas.

14. Las pautas (series, repeticiones, descanso) del tratamiento que tengo que realizar en casa las he establecido conjuntamente con mi fisioterapeuta.

INSTRUMENTO PROPIAMENTE DICHO (V2)

Por favor puntúe su habilidad o capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana. Para ello marque con un círculo el número apropiado para cada respuesta.

	Ninguna dificultad	Dificultad leve	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Imposible de realizar
1. -Abrir un bote de cristal nuevo	1	2	3	4	5
2.-Escribir	1	2	3	4	5
3.- Girar una llave	1	2	3	4	5
4.- Preparar la comida	1	2	3	4	5
5.-Empujar y abrir una puerta pesada	1	2	3	4	5
6.-Colocar un objeto en una estantería situadas por encima de su cabeza.	1	2	3	4	5
7.-Realizar tareas duras de la casa (p. ej. fregar el piso, limpiar paredes, etc.	1	2	3	4	5
8.-Arreglar el jardín	1	2	3	4	5
9.-Hacer la cama	1	2	3	4	5
10.-Cargar una bolsa del supermercado o un maletín.	1	2	3	4	5
11.-Cargar con un objeto pesado (más de 5 Kilos)	1	2	3	4	5
12.-Cambiar una bombilla del techo o situada más alta que su cabeza.	1	2	3	4	5
13.-Lavarse o secarse el pelo	1	2	3	4	5
14.-Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
15.- Ponerse un jersey o un suéter	1	2	3	4	5

16.-Usar un cuchillo para cortar la comida.	1	2	3	4	5
17.-Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo (p. ej. jugar a las cartas, hacer punto, etc.)	1	2	3	4	5
18.-Actividades de entretenimiento que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro o mano (p. ej. golf, martillar, tenis o a la petanca)	1	2	3	4	5
19.-Actividades de entretenimiento en las que se mueva libremente su brazo (p. ej. jugar al platillo "frisbee", badminton, nadar, etc.)	1	2	3	4	5
20.- Conducir o manejar sus necesidades de transporte (ir de un lugar a otro)	1	2	3	4	5
21.- Actividad sexual	1	2	3	4	5
22.- Durante la última semana, ¿su problema en el hombro, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con la familia, sus amigos, vecinos o grupos?	No, para nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
23.- Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5

Por favor ponga puntuación a la gravedad o severidad de los siguientes síntomas

	Ninguno	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
24.-Dolor en el brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5
25.- Dolor en el brazo, hombro o mano cuando realiza cualquier actividad específica.	1	2	3	4	5
26.-Sensación de calambres (hormigueos y alfilerazos) en su brazo hombro o mano.	1	2	3	4	5
27.-Debilidad o falta de fuerza en el brazo, hombro, o mano.	1	2	3	4	5
28.-Rigidez o falta de movilidad en el brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5

	No	Leve	Moderada	Grave	Dificultad extrema que me impedía dormir
29.- Durante la última semana, ¿cuanta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5

	Totalmen te falso	Falso	No sé	lo	Ciert o	Totalmen te cierto
30.- Me siento menos capaz, confiado o útil debido a mi problema en el brazo, hombro, o mano	1	2	3	4	5	

Anexo 3: Formato para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

DOCUMENTOS PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO

CARTA DE PRESENTACIÓN

DR./MG:

Presente

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

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante de la especialidad de TMO requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de especialista en terapia manual ortopédica.

El título nombre de mi proyecto de investigación es “ALIANZA TERAPÉUTICA CON TERAPIA MANUAL Y LA DISCAPACIDAD POR LESION DEL MANGUITO ROTADOR DE MOVIMUSCULO, LIMA 2025” siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a Usted, ante su connotada experiencia en temas de Metodología.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

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

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

Atentamente,

Lizbeth Karen Basauri Revilla
D.N.I: 4458858

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable 1:

. Alianza terapéutica con terapia manual.

Dimensiones de las variables:

Es unidimensional y va a estar compuesto de 14 preguntas o ítems.

Variable 2:

Discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores.

Esta variable se va a medir con un cuestionario que tendrá 30 preguntas y medirá la percepción del paciente en sus 2 dimensiones, usando la escala de Likert.

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1: Síntoma

Dimensión 2: Funcionalidad

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable 1: Alianza terapéutica con terapia manual.

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> . Mi fisioterapeuta y yo hemos acordado conjuntamente los objetivos del tratamiento. . He podido expresar mis dudas sobre el tratamiento y mi fisioterapeuta me ha escuchado. . Mi fisioterapeuta y yo tenemos una relación de confianza. . Mi fisioterapeuta y yo trabajamos conjuntamente para conseguir mi mejora. . Mi fisioterapeuta me explica en detalle las pautas del tratamiento e intenta resolver mis dudas. . Mi fisioterapeuta y yo tenemos una relación honesta. . Mi fisioterapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que necesito recuperar. . Mi fisioterapeuta utiliza un lenguaje sencillo para comunicarse conmigo. . Con mi fisioterapeuta puedo hablar de mis sentimientos y 	Nominal dicotómica.	<p>“Totalmente en desacuerdo (2 puntos)”, “parcialmente en desacuerdo (1 punto)”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo (0 punto)”, “parcialmente de acuerdo (3 puntos)” y “totalmente de acuerdo (4 puntos)”.</p> <p>Una puntuación más alta en el cuestionario indicaría una mayor alianza terapéutica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puntuación alta, hay mayor alianza terapéutica. - Puntuación baja, hay menor alianza terapéutica.

	<p>pensamientos.</p> <p>. Mi fisioterapeuta me motiva y me ayuda a involucrarme activamente en mi recuperación.</p> <p>. Mi fisioterapeuta y yo hemos desarrollado juntos mi plan de tratamiento.</p> <p>. Comprendo las indicaciones que el fisioterapeuta utiliza para enseñarme los ejercicios.</p> <p>. Mi fisioterapeuta ha tomado en cuenta mis deseos y preocupaciones en cuanto a las técnicas de tratamiento aplicadas.</p> <p>. Las pautas (series, repeticiones, descanso) del tratamiento que tengo que realizar en casa las he establecido conjuntamente con mi fisioterapeuta.</p>		
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

	<ul style="list-style-type: none"> . Abrir un bote de cristal nuevo. . Escribir . Girara una llave . Preparar la comida . Empujar y abrir una puerta pesada . Colocar un objeto en una estantería situadas por encima de su cabeza. . Realizar tareas duras de la casa (p.ej. limpiar el piso, fregar paredes, etc.) . Arreglar el jardín. . Hacer la cama . Cargar un bolso del supermercado o un maletín. . Cargar un objeto pesado (más de 5 kilos). . Cambiar una bombilla del techo o situada más alta que su cabeza. . Lavarse o secarse el pelo. . Lavarse la espalda. . Ponerse un jersey o un suéter. . Usar un cuchillo para cortar la comida. . Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo (p. ej. jugar a las cartas, hacer punto, etc.) . Actividades de entretenimiento que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro o mano (p. ej. golf, martillar, tenis o a la petanca) . Actividades de entretenimiento en las que se mueva libremente su brazo (p. ej. jugar al platillo “frisbee”, badminton, nadar, etc.) . Conducir o manejar sus necesidades 		
--	---	--	--

	<p>de transporte (ir de un lugar a otro)</p> <p>. Actividad sexual.</p> <p>. Durante la última semana, ¿su problema en el hombro, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con la familia, sus amigos, vecinos o grupos?</p> <p>. Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro o mano?</p>		
--	---	--	--

Fuente: Elaboración propia

CARTA DE PRESENTACIÓN

DR./MG: PATRICIA ESTHER ANTON PUESCAS

Presente

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

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante de la especialidad de TMO requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de especialista en terapia manual ortopédica.

El título nombre de mi proyecto de investigación es "ALIANZA TERAPÉUTICA CON TERAPIA MANUAL Y LA DISCAPACIDAD POR LESION DEL MANGUITO ROTADOR DE MOVIMUSCULO, LIMA 2025" siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a Usted, ante su connotada experiencia en temas de Metodología.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

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

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

Atentamente,


Lizbeth Karen Basauri Revilla

D.N.I: 44588584

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN
"ALIANZA TERAPÉUTICA CON TERAPIA MANUAL Y LA
DISCAPACIDAD POR LESIÓN DEL MANGUITO ROTADOR EN
ADULTOS MAYORES DE MOVIMUSCULO, LIMA 2025"

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: Alianza terapéutica con terapia manual.							
1	Mi fisioterapeuta y yo hemos acordado conjuntamente los objetivos del tratamiento.	X		X		X		
2	He podido expresar mis dudas sobre el tratamiento y mi fisioterapeuta me ha escuchado.	X		X		X		
3	Mi fisioterapeuta y yo tenemos una relación de confianza.	X		X		X		
4	Mi fisioterapeuta y yo trabajamos conjuntamente para conseguir mi mejora.	X		X		X		
5	Mi fisioterapeuta me explica en detalle las pautas del tratamiento e intenta resolver mis dudas.	X		X		X		
6	Mi fisioterapeuta y yo tenemos una relación honesta.	X		X		X		
7	Mi fisioterapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que necesito recuperar.	X		X		X		
8	Mi fisioterapeuta utiliza un lenguaje sencillo para comunicarse conmigo.	X		X		X		
9	Con mi fisioterapeuta puedo hablar de mis sentimientos y pensamientos.	X		X		X		

		Si	No	Si	No	Si	No	
10	Mi fisioterapeuta me motiva y me ayuda a involucrarme activamente en mi recuperación.	X		X		X		
11	Mi fisioterapeuta y yo hemos desarrollado juntos mi plan de tratamiento.	X		X		X		
12	Comprendo las indicaciones que el fisioterapeuta utiliza para enseñarme los ejercicios.	X		X		X		
13	Mi fisioterapeuta ha tomado en cuenta mis deseos y preocupaciones en cuanto a las técnicas de tratamiento aplicadas.	X		X		X		
14	Las pautas (series, repeticiones, descanso) del tratamiento que tengo que realizar en casa las he establecido conjuntamente con mi fisioterapeuta.	X		X		X		
	VARIABLE 2 Discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores.							
	DIMENSIÓN 1: SINTOMAS	Si	No	Si	No	Si	No	
15	Dolor en el brazo, hombro o mano.	X		X		X		
16	Dolor en el brazo, hombro o mano cuando realiza cualquier actividad específica.	X		X		X		
17	Sensación de calambres (hormigueos y afilerasos en su brazo, hombro o mano.	X		X		X		
18	Debilidad o falta de fuerza en el brazo, hombro, o mano.	X		X		X		
19	Rigidez o falta de movilidad en el brazo, hombro o mano.	X		X		X		

	DIMENSIÓN 2: FUNCIONALIDAD	Si	No	Si	No	Si	No	
20	Abrir un bote de cristal nuevo.	X		X		X		
21	Escribir	X		X		X		
22	Girar una llave	X		X		X		
23	Preparar la comida	X		X		X		
24	Empujar y abrir una puerta pesada	X		X		X		
25	Colocar un objeto en una estantería situadas por encima de su cabeza.	X		X		X		
26	Realizar tareas duras de la casa (p.ej. limpiar el piso, fregar paredes, etc.)	X		X		X		
27	Arreglar el jardín	X		X		X		
28	Hacer la cama	X		X		X		
29	Cargar un bolso del supermercado o un maletín.	X		X		X		
30	Cargar un objeto pesado (más de 5 kilos).	X		X		X		
31	Cambiar una bombilla del techo o situada más alta que su cabeza.	X		X		X		
32	Lavarse o secarse el pelo.	X		X		X		
33	Lavarse la espalda.	X		X		X		
34	Ponerse un jersey o un suéter.	X		X		X		
35	Usar un cuchillo para cortar la comida.	X		X		X		
36	Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo (p. ej. jugar a las cartas, hacer punto, etc.)	X		X		X		
37	Actividades de entretenimiento que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro o mano (p. ej. golf, martillar, tenis o a la petanca)	X		X		X		
38	Actividades de entretenimiento en las que se mueva libremente su brazo (p. ej. jugar al platillo "frisbee",	X		X		X		

	badminton, nadar, etc.)						
39	Conducir o manejar sus necesidades de transporte (ir de un lugar a otro)	X		X		X	
40	Actividad sexual.	X		X		X	
41	Durante la última semana, ¿su problema en el hombro, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con la familia, sus amigos, vecinos o grupos?	X		X		X	
42	Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro o mano?	X		X		X	
43	Durante la última semana, ¿cuanta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombro o mano?	X		X		X	
44	Me siento menos capaz, confiado o útil debido a mi problema en el brazo, hombro, o mano.	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Anton Puestas Patricia Esther

DNI: 25828231

Especialidad del validador: Mg. en Terapia Manual.


Metodólogo [] Temático [X] Estadístico []

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

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

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

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

Lima, 24 de marzo del 2025

PÁTRICIA E. ANTÓN PUESCAS
MG. TERAPIA MANUAL ORTOPÉDICA
CTMP 4550

Firma del Experto Informante.

CARTA DE PRESENTACIÓN

DR./MG: ROSA RODRÍGUEZ GARCIA

Presente

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

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante de la especialidad de TMO requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de especialista en terapia manual ortopédica.

El título nombre de mi proyecto de investigación es "ALIANZA TERAPÉUTICA CON TERAPIA MANUAL Y LA DISCAPACIDAD POR LESION DEL MANGUITO ROTADOR DE MOVIMUSCULO, LIMA 2025" siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a Usted, ante su connotada experiencia en temas de Metodología.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

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

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

Atentamente,


Lizbeth Karen Basauri Revilla

D.N.I: 44588584

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN
"ALIANZA TERAPÉUTICA CON TERAPIA MANUAL Y LA
DISCAPACIDAD POR LESIÓN DEL MANGUITO ROTADOR EN
ADULTOS MAYORES DE MOVIMUSCULO, LIMA 2025"

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: Alianza terapéutica con terapia manual.							
1	Mi fisioterapeuta y yo hemos acordado conjuntamente los objetivos del tratamiento.	X		X		X		
2	He podido expresar mis dudas sobre el tratamiento y mi fisioterapeuta me ha escuchado.	X		X		X		
3	Mi fisioterapeuta y yo tenemos una relación de confianza.	X		X		X		
4	Mi fisioterapeuta y yo trabajamos conjuntamente para conseguir mi mejora.	X		X		X		
5	Mi fisioterapeuta me explica en detalle las pautas del tratamiento e intenta resolver mis dudas.	X		X		X		
6	Mi fisioterapeuta y yo tenemos una relación honesta.	X		X		X		
7	Mi fisioterapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que necesito recuperar.	X		X		X		
8	Mi fisioterapeuta utiliza un lenguaje sencillo para comunicarse conmigo.	X		X		X		
9	Con mi fisioterapeuta puedo hablar de mis sentimientos y pensamientos.	X		X		X		

		Si	No	Si	No	Si	No	
10	Mi fisioterapeuta me motiva y me ayuda a involucrarme activamente en mi recuperación.	X		X		X		
11	Mi fisioterapeuta y yo hemos desarrollado juntos mi plan de tratamiento.	X		X		X		
12	Comprendo las indicaciones que el fisioterapeuta utiliza para enseñarme los ejercicios.	X		X		X		
13	Mi fisioterapeuta ha tomado en cuenta mis deseos y preocupaciones en cuanto a las técnicas de tratamiento aplicadas.	X		X		X		
14	Las pautas (series, repeticiones, descanso) del tratamiento que tengo que realizar en casa las he establecido conjuntamente con mi fisioterapeuta.	X		X		X		
	VARIABLE 2							
	Discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores.							
	DIMENSIÓN 1: SINTOMAS	Si	No	Si	No	Si	No	
15	Dolor en el brazo, hombro o mano.	X		X		X		
16	Dolor en el brazo, hombro o mano cuando realiza cualquier actividad específica.	X		X		X		
17	Sensación de calambres (hormigueos y afilerasos, en su brazo, hombro o mano.	X		X		X		
18	Debilidad o falta de fuerza en el brazo, hombro, o mano.	X		X		X		
19	Rigidez o falta de movilidad en el brazo, hombro o mano.	X		X		X		

DIMENSIÓN 2: FUNCIONALIDAD		Si	No	Si	No	Si	No
20	Abrir un bote de cristal nuevo.	X		X		X	
21	Escribir	X		X		X	
22	Girar una llave	X		X		X	
23	Preparar la comida	X		X		X	
24	Empujar y abrir una puerta pesada	X		X		X	
25	Colocar un objeto en una estantería situada por encima de su cabeza.	X		X		X	
26	Realizar tareas duras de la casa (p.ej. limpiar el piso, fregar paredes, etc.)	X		X		X	
27	Arreglar el jardín	X		X		X	
28	Hacer la cama	X		X		X	
29	Cargar un bolso del supermercado o un maletín.	X		X		X	
30	Cargar un objeto pesado (más de 5 kilos).	X		X		X	
31	Cambiar una bombilla del techo o situada más alta que su cabeza.	X		X		X	
32	Lavarse o secarse el pelo.	X		X		X	
33	Lavarse la espalda.	X		X		X	
34	Ponerse un jersey o un suéter.	X		X		X	
35	Usar un cuchillo para cortar la comida.	X		X		X	
36	Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo (p. ej. jugar a las cartas, hacer punto, etc.)	X		X		X	
37	Actividades de entretenimiento que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro o mano (p. ej. golf, martillar, tenis o a la petanca)	X		X		X	
38	Actividades de entretenimiento en las que se mueva libremente su brazo (p. ej. jugar al platillo "frisbee",	X		X		X	

	badminton, nadar, etc.)	X		X		X	
39	Conducir o manejar sus necesidades de transporte (ir de un lugar a otro)	X		X		X	
40	Actividad sexual.					X	
41	Durante la última semana, ¿su problema en el hombro, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con la familia, sus amigos, vecinos o grupos?	X		X		X	
42	Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro o mano?	X		X		X	
43	Durante la última semana, ¿cuanta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombro o mano?	X		X		X	
44	Me siento menos capaz, confiado o útil debido a mi problema en el brazo, hombro, o mano.	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Se hay Suficiencia Académica y Metodológica.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/Mg: Rodríguez García Rosa Vicenta

DNI: 08813435

Especialidad del validador: Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad y Especialista en Fisiología en Adulto Mayor.

Rosa Vicenta Rodríguez García
 Lic. Rosa Vicenta Rodríguez García
 Especialista en
 Terapia Física y Rehabilitación
 T.M.P. 4432 R.N.E. 00254

Metodólogo Temático Estadístico

27 de 03 del 2025

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



Rosa Vicenta Rodríguez García
DIRECTORA
En Gestión Pública y Gobernabilidad

Firma del Experto Informante.

CARTA DE PRESENTACIÓN

DR./MG: PERCY TERRAZAS ANTAQUISPE

Presente

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

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante de la especialidad de TMO requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de especialista en terapia manual ortopédica.

El título nombre de mi proyecto de investigación es "ALIANZA TERAPEUTICA CON TERAPIA MANUAL Y LA DISCAPACIDAD POR LESION DEL MANGUITO ROTADOR DE MOVIMUSCULO, LIMA 2025" siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a Usted, ante su connotada experiencia en temas de Metodología.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

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

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

Atentamente,


Lizbeth Karen Basauri Revilla

D.N.I: 44588584

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN
"ALIANZA TERAPÉUTICA CON TERAPIA MANUAL Y LA
DISCAPACIDAD POR LESIÓN DEL MANGUITO ROTADOR EN
ADULTOS MAYORES DE MOVIMUSCULO, LIMA 2025"

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: Alianza terapéutica con terapia manual.							
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Mi fisioterapeuta y yo hemos acordado conjuntamente los objetivos del tratamiento.	X		X		X		
2	He podido expresar mis dudas sobre el tratamiento y mi fisioterapeuta me ha escuchado.	X		X		X		
3	Mi fisioterapeuta y yo tenemos una relación de confianza.	X		X		X		
4	Mi fisioterapeuta y yo trabajamos conjuntamente para conseguir mi mejora.	X		X		X		
5	Mi fisioterapeuta me explica en detalle las pautas del tratamiento e intenta resolver mis dudas.	X		X		X		
6	Mi fisioterapeuta y yo tenemos una relación honesta.	X		X		X		
7	Mi fisioterapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que necesito recuperar.	X		X		X		
8	Mi fisioterapeuta utiliza un lenguaje sencillo para comunicarse conmigo.	X		X		X		
9	Con mi fisioterapeuta puedo hablar de mis sentimientos y pensamientos.	X		X		X		

		Si	No	Si	No	Si	No	
10	Mi fisioterapeuta me motiva y me ayuda a involucrarme activamente en mi recuperación.	X		X		X		
11	Mi fisioterapeuta y yo hemos desarrollado juntos mi plan de tratamiento.	X		X		X		
12	Comprendo las indicaciones que el fisioterapeuta utiliza para enseñarme los ejercicios.	X		X		X		
13	Mi fisioterapeuta ha tomado en cuenta mis deseos y preocupaciones en cuanto a las técnicas de tratamiento aplicadas.	X		X		X		
14	Las pautas (series, repeticiones, descanso) del tratamiento que tengo que realizar en casa las he establecido conjuntamente con mi fisioterapeuta.	X		X		X		
	VARIABLE 2							
	Discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores.							
	DIMENSIÓN 1: SINTOMAS	Si	No	Si	No	Si	No	
15	Dolor en el brazo, hombro o mano.	X		X		X		
16	Dolor en el brazo, hombro o mano cuando realiza cualquier actividad específica.	X		X		X		
17	Sensación de calambres (hormigueos y afilerasos, en su brazo, hombro o mano.	X		X		X		
18	Debilidad o falta de fuerza en el brazo, hombro, o mano.	X		X		X		
19	Rigidez o falta de movilidad en el brazo, hombro o mano.	X		X		X		

DIMENSIÓN 2: FUNCIONALIDAD		Si	No	Si	No	Si	No	
20	Abrir un bote de cristal nuevo.	X		X		X		
21	Escribir	X		X		X		
22	Girar una llave	X		X		X		
23	Preparar la comida	X		X		X		
24	Empujar y abrir una puerta pesada	X		X		X		
25	Colocar un objeto en una estantería situada por encima de su cabeza.	X		X		X		
26	Realizar tareas duras de la casa (p.ej. limpiar el piso, fregar paredes, etc.)	X		X		X		
27	Arreglar el jardín	X		X		X		
28	Hacer la cama	X		X		X		
29	Cargar un bolso del supermercado o un maletín.	X		X		X		
30	Cargar un objeto pesado (más de 5 kilos).	X		X		X		
31	Cambiar una bombilla del techo o situada más alta que su cabeza.	X		X		X		
32	Lavarse o secarse el pelo.	X		X		X		
33	Lavarse la espalda.	X		X		X		
34	Ponerse un jersey o un suéter.	X		X		X		
35	Usar un cuchillo para cortar la comida.	X		X		X		
36	Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo (p. ej. jugar a las cartas, hacer punto, etc.)	X		X		X		
37	Actividades de entretenimiento que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro o mano (p. ej. golf, martillar, tenis o a la petanca)	X		X		X		
38	Actividades de entretenimiento en las que se mueva libremente su brazo (p. ej. jugar al platillo "frisbee",	X		X		X		

	badminton, nadar, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
39	Conducir o manejar sus necesidades de transporte (ir de un lugar a otro)	<input checked="" type="checkbox"/>					
40	Actividad sexual.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
41	Durante la última semana, ¿su problema en el hombro, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con la familia, sus amigos, vecinos o grupos?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
42	Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro o mano?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
43	Durante la última semana, ¿cuanta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombro o mano?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
44	Me siento menos capaz, confiado o útil debido a mi problema en el brazo, hombro, o mano.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: TERRAZAS ANTONIO PEREZ

DNI: 40444944

Especialidad del validador: Mg. Gestión de los Servicios de la Salud

Metodólogo

Temático

Estadístico

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

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

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

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

27 de 03 del 2025



Firma del Experto Informante.

Anexo 4: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto “Alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025”

Investigadora : Lizbeth Karen Basauri Revilla

Institución : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estoy invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025”, de fecha __/__/2025 y versión.01. Este estudio es desarrollado por una investigadora de la Universidad Norbert Wiener.

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: Analizar la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025”.

La realización de este Proyecto permitirá conocer la relación de las variables.

Duración del estudio (10 meses): noviembre 2024 – agosto 2025

Nº esperado de participantes: 80 participantes.

- Criterios de Inclusión y exclusión: Los criterios de inclusión son: Adultos mayores de 60 a 70 años, que sean ambos sexos, que ya hayan recibido más de 3 sesiones de terapia, que estén orientados en tiempo y espacio, que firmen el consentimiento informado y que padezcan lesión musculo esquelética crónica. Los criterios de exclusión son: Pacientes con trastornos

psiquiátricos, pacientes postrados, pacientes con problemas de audición y alteración de la visión, pacientes con dolor por CA.

Procedimientos del estudio:

Si usted acepta participar, se le solicitará que responda dos cuestionarios; que son el CAF-P, que evalúa su percepción sobre la relación terapéutica con su fisioterapeuta y el DASH, que evalúa el nivel de discapacidad funcional del miembro superior para determinar la relación entre la alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025. Asimismo, el llenado será de forma voluntaria, la participación tomará aproximadamente 20 a 30 minutos en un ambiente privado y cómodo dentro del centro de terapia. Los resultados se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos: Su participación en el estudio no presenta un gran de riesgo para su salud, pero si podría presentar algunos de los siguientes riesgos: 1.- Mala interpretación de la pregunta: es por ello que se les proporcionara la información o explicación necesaria que se les brindara al detalle. 2.- Riesgo de cansancio o temor: para ello se le indicara al paciente que puede usar el tiempo que crea pertinente, así como también orientándolo en todo momento. El resultado que aparezca en el desarrollo de la encuesta, no le causaran inconvenientes, ni alterara su situación económica y/o ocupación laboral. Sí usted siente alguna incomodidad al seguir con la evaluación o por alguna razón específica no desea continuar, usted es libre de no continuar en el estudio en el momento que usted lo considere necesario. No se le administrará ningún tratamiento adicional, ni se les someterá a pruebas clínicas. Solo se recopilará información mediante encuestas.

Beneficios: Usted no obtendrá algún beneficio por participar en este estudio, tampoco recibirá alguna compensación económica, pero su participación contribuirá al desarrollo de prácticas

fisioterapéuticas más efectivas y centradas en el paciente. Además, se le brindará una charla educativa gratuita sobre su condición musculoesquelética.

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: Toda la información recopilada será confidencial y anónima. Su nombre y datos personales serán codificados y almacenados bajo resguardo exclusivo de la investigadora.

Los resultados del estudio serán utilizados únicamente con fines académicos y científicos.

Derechos del paciente: Aclarar cualquier duda antes y durante su participación, retirarse en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión, recibir una copia de este documento, si así lo desea.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con la investigadora Lic. Lizbeth Karen Basauri Revilla, al número de celular: 912349840 o al correo kbasauri132@gmail.com,

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

Contacto del Comité de Ética: Dr. Raúl Antonio Rojas Ortega, presidente 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.

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.

Nombre participante:

DNI:

Fecha: ___/___/2025

Nombre investigador:

DNI:

Fecha: ___/___/2025

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: ___/___/2025

Anexo 5: Carta de autorización del Centro privado de terapia física

CARTA DE AUTORIZACION

Mediante la presente Yo, Jackeline Giovanna Pachau Torres, con DNI N°44364670 Gerente general del centro de terapia, Movimusculos.peru, con RUC 10443656702

Ubicado en el distrito de Ate Vitarte, Asociación la Estrella De Santa Mz D Lote 4.

Autorizo a la Lic. TM Lizbeth Karen Basauri Revilla con DNI N° 44588584, de la segunda especialidad de terapia manual ortopédica de la escuela de postgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener para que pueda llevar a cabo su estudio de investigación de tesis con título "Alianza terapéutica con terapia manual y la discapacidad por lesión del manguito rotador en adultos mayores de Movimusculo, Lima 2025" en las instalaciones del servicio de rehabilitación física, del cual estoy a cargo.

Para hacer valer y dar fe que avalo la ejecución de la investigación propuesta hago constar mi aprobación a través de mi firma en el presente documento.

Lima 15 de enero del 2025




.....
Lic. Jackeline Pachau Torres
C.T.M.P. 11462
Centro de Terapia Física y
Rehabilitación Movimusculos, Perú

DNI:44365670




18% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-10-05	4%
2	Internet	opendata.dspace.ceu.es	3%
3	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
4	Internet	www.ncbi.nlm.nih.gov	2%
5	Publicación	Víctor Patricio Díaz-Narváez, Moisés Alejandro Cornejo Mercurio, Julio Fernando ...	2%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-02-08	1%
7	Internet	pesquisa.bvsalud.org	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-06-10	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-12-03	<1%