



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

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

Tesis

**Kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima,
2024**

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

Presentado por:

Autora: Ramírez Quispe, Libia Sofia

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3044-8626>

Asesora: Dra. Bejarano Ambrosio, Miriam Juvit

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9208-746X>

Lima – Perú

2024

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

Yo, Libia Sofia Ramirez Quispe egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.” Asesorado por el docente: Dra. Miriam Bejarano Ambrosio DNI 41677988 ORCID 0000-0002-9208-746X tiene un índice de similitud de 17 (diecisiete) % con código oid: 14912: 401817604 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.



.....
 Libia Sofia Ramirez Quispe

DNI: 70419611



.....
 Dra. Miriam Juvit Bejarano Ambrosio

DNI: 41677988

Lima, 06 de noviembre de 2024

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios por mantenerme con salud y guiarme en cada paso a lo largo de mi vida, a mi madre Ysabel por el apoyo constante e incondicional, por ser la fuente de mi motivación y fortaleza, este logro es también el reflejo de todo el esfuerzo que haces por verme cumplir cada uno de mis objetivos. A mis hermanas Layda y Daniela cuyas palabras, amor y apoyo fueron cruciales a lo largo de la elaboración de este trabajo, a mi sobrina Paula quien llena mi vida de alegría, tu entusiasmo me motiva constantemente cumplir todas mis metas. A mi tía Jessica por brindarme un espacio en su hogar durante todo este proceso y por último a todos mis familiares y amigos por sus palabras de aliento.

Agradecimiento

A Dios por permitirme llegar con salud a esta etapa de mi vida y permitirme llenar de orgullo a mi familia, a la Universidad Privada Norbert Wiener y a los docentes por la excelente formación académica recibida a lo largo de estos años.

A mi asesora de tesis Dra. Miriam Juvit Bejarano Ambrosio por su guía, apoyo y compromiso durante este proceso, sus conocimientos fueron clave para el desarrollo de esta Tesis.

Finalmente, agradezco a mi madre y familiares por el apoyo y soporte constante.

ÍNDICE GENERAL

Carátula.....	i
Declaración jurada de autoría y originalidad del trabajo	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	xi
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCION	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	12
1.1. Planteamiento del problema.....	12
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema general.....	14
1.2.2. Problemas específicos.....	14
1.3. Objetivos de la investigación.....	14
1.3.1. Objetivo general	14
1.3.2. Objetivos específicos	14
1.4. Justificación de la investigación.....	15
1.4.1. Teórica.....	15
1.4.2. Metodológica	15
1.4.3. Práctica.....	16
1.5. Limitaciones de la investigación	16

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	17
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	17
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	19
2.2. Bases teóricas.....	22
2.2.1. Kinesiofobia	22
2.2.2. Capacidad funcional.....	27
2.3. Formulación de hipótesis.....	33
2.3.1. Hipótesis general	33
2.3.2. Hipótesis específicas.....	33
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	34
3.1. Método de la investigación	34
3.2. Enfoque de la investigación	34
3.3. Tipo de investigación.....	34
3.4. Diseño de la investigación	34
3.5. Población, muestra y muestreo.....	35
3.6. Variables y operacionalización	37
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	46
3.7.1. Técnica.....	46
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	46
3.7.3. Validación.....	50
3.7.4. Confiabilidad.....	51
3.8. Procesamiento y análisis de datos	51

3.9. Aspectos éticos	52
CAPÍTULO IV: PRESENTACION DE LOS RESULTADOS	54
4.1. Resultados	54
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados	54
4.1.1.1. Características sociodemográficas	54
4.1.1.2. Características clínicas	56
4.1.1.3. Resultados descriptivos Kinesiofobia.....	58
4.1.1.4. Resultados descriptivos Capacidad funcional	59
4.1.2. Prueba de hipótesis.....	61
4.2. Discusión de resultados	65
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	71
5.1. Conclusiones	71
5.2. Recomendaciones.....	72
REFERENCIAS.....	74
ANEXOS	81
Anexo 1: Matriz de consistencia	82
Anexo 2: Instrumentos.....	83
Anexo 3: Validez instrumento	89
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento	105
Anexo 5: Aprobación del comité de ética	106
Anexo 6. Formato de consentimiento informado.....	107
Anexo 7: Aprobación de la institución para la recolección de datos.....	109
Anexo 8: Reporte de similitud de Turnitin	110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Ficha técnica del instrumento Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK).	47
Tabla 2 Ficha técnica del instrumento índice de Katz	49
Tabla 3 Ficha técnica del instrumento escala de Lawton y Brody	49
Tabla 4. Edad Frecuencia de la edad de los adultos mayores	54
Tabla 5. Sexo Frecuencia del sexo de los adultos mayores	54
Tabla 6. Estado civil Frecuencia del estado civil de los adultos mayores	55
Tabla 7. Nivel de educación Frecuencia del nivel de educación de los adultos mayores . . .	55
Tabla 8: Historial de lesiones Frecuencia del historial de lesiones de los adultos mayores . .	56
Tabla 9: Historial de cirugías Frecuencia del historial de cirugías de los adultos mayores . .	56
Tabla 10: Medicamentos Frecuencia del uso de medicamentos de los adultos mayores	57
Tabla 11. Comorbilidades Frecuencia de las comorbilidades de los adultos mayores	57
Tabla 12. Kinesiofobia Frecuencia de la kinesiofobia (puntaje total) de los adultos mayores	58
Tabla 13. Evitación de la actividad Frecuencia de la evitación de la actividad de los adultos mayores	58
Tabla 14. Enfoque somático Frecuencia del enfoque somático de los adultos mayores	59
Tabla 15. Capacidad funcional Frecuencia de la capacidad funcional de los adultos mayores	59
Tabla 16. Actividades básicas Frecuencia de las actividades básicas de los adultos mayores .	60
Tabla 17. Actividades instrumentales Frecuencia de las actividades instrumentales de los adultos mayores	60
Tabla 18. Prueba de normalidad Prueba de normalidad de las variables	61
Tabla 19. Correlaciones Correlaciones entre la kinesiofobia y capacidad funcional de los adultos mayores	62
Tabla 20. Correlaciones Correlaciones entre la kinesiofobia y las actividades básicas de los adultos mayores	63
Tabla 21. Correlaciones Correlaciones entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales de los adultos mayores	64

RESUMEN

Este estudio, llevado a cabo en 2024 en una clínica específica en Lima, tuvo como propósito determinar la relación entre la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024. Se adoptó una metodología aplicada con un método hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, tipo aplicada, nivel descriptivo-correlacional, diseño no experimental y prospectivo. La población del estudio comprendió 100 adultos mayores, seleccionando una muestra de 85 adultos mayores. La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, implementada a través de cuestionarios. Los resultados revelaron una relación significativa entre la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024, con un nivel de significancia de 0.00 y un coeficiente de correlación de 0.514, demostrando una correlación moderada y positiva. Por lo que, se concluye que un mayor uso de kinesiofobia está asociado con un nivel más alto de capacidad funcional y viceversa.

Palabras claves: Kinesiofobia, capacidad funcional, adulto mayor.

ABSTRACT

This study, carried out in 2024 in a specific clinic in Lima, had the purpose of determining the relationship between kinesiophobia and functional capacity in older adults in a clinic in Lima, 2024. A methodology applied with a hypothetical-deductive method was adopted. quantitative approach, applied type, descriptive-correlational level, non-experimental and prospective design. The study population included 100 older adults, selecting a sample of 85 older adults through census sampling. The main data collection technique was the survey, implemented through questionnaires. The results revealed a significant relationship between kinesiophobia and functional capacity in older adults from a clinic in Lima, 2024, with a significance level of 0.00 and a correlation coefficient of 0.514, demonstrating a moderate and positive correlation. Therefore, it is concluded that a greater use of kinesiophobia is associated with a higher level of functional capacity and vice versa.

Keywords: Kinesiophobia, functional capacity, older adult.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, los adultos mayores experimentan cambios significativos en su salud física, sensorial y cognitiva debido al envejecimiento, entre los que se incluyen la pérdida progresiva de la visión, la inestabilidad, el desequilibrio y la fragilidad ósea. Estas condiciones limitan su independencia y contribuyen al deterioro gradual de su funcionalidad física, mental y social. Además, son más propensos a padecer enfermedades crónicas.

Este estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de una clínica en Lima, 2024. El trabajo se estructura en cinco capítulos:

En el primer capítulo se describe la problemática, se plantean el problema general y específicos, así como los objetivos generales y específicos, la justificación y las limitaciones encontradas durante el proceso de investigación.

El segundo capítulo presenta el marco teórico, donde se recogen estudios a nivel nacional e internacional que respaldan la investigación. También se exponen las bases teóricas que sustentan el estudio, y se plantean las hipótesis relacionadas con la problemática.

El tercer capítulo se enfoca en el método empleado, detallando el enfoque, tipo y diseño de investigación utilizados, además de describir la población, muestra, técnicas de recolección de información, procesamiento de datos y los criterios éticos aplicados.

En el cuarto capítulo se exponen los resultados obtenidos, incluyendo su descripción, la prueba de hipótesis y la discusión de los hallazgos en comparación con estudios previos.

Finalmente, el quinto capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones elaboradas por la investigadora, basadas en los resultados obtenidos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El envejecimiento avanzado es un desafío global con una disminución general de la función física y actividad en adultos mayores. El aumento de la kinesiofobia, relacionada con el dolor crónico, afecta negativamente la actividad física (1). Se proyecta que la población mundial de adultos mayores alcance los 2 mil millones para 2050, con problemas de salud como deterioro sensorial y cognitivo (2). En la Región de las Américas, el envejecimiento poblacional es rápido, y se prevé que el 17% tenga más de 60 años para 2030 (3). La kinesiofobia lleva a la inactividad y limitación funcional, mientras que confrontar el dolor facilita la recuperación. La discapacidad funcional resulta de una inadecuada confrontación frente al dolor, generando un círculo vicioso (4,5).

En un estudio nacional realizado en adultos mayores de en el albergue en Lima-sur, se encontró que la capacidad funcional varía ampliamente. El 40.9% mantiene su independencia, mientras que el 32.2% muestra dependencia total. Además, el 10.4% experimenta dependencia leve, el 8.7% severa y el 7.8% moderada. (3). Varios estudios han relacionado el dolor crónico, enfermedades cardiovasculares, depresión y caídas con mayor prevalencia de kinesiofobia y menor calidad de vida en adultos mayores. En tal sentido, el envejecimiento se asocia con condiciones médicas que afectan la capacidad funcional, conduciendo a una reducción en la realización de actividades diarias, (6).

La falta de ajustes en los sistemas de salud y en la atención necesaria para esta creciente población de adultos mayores es un problema global que ha llevado a que lleguen a esta etapa de la vida con una alta carga de enfermedades, especialmente enfermedades crónicas no

transmisibles, lo que está directamente relacionado con la prevalencia de limitaciones funcionales. (7)

Dentro de la institución clínica Ricardo Palma, específicamente en el departamento de geriatría, se tiene como misión proporcionar una atención integral y especializada, promover su independencia y autonomía, prevenir enfermedades y discapacidades. (8) Sin embargo, actualmente se observa problemas vinculados a la kinesiofobia, que pueden tener un impacto significativo en la capacidad funcional. Muchos adultos evitan la actividad física por miedo a sufrir algún tipo de lesión, por lo que limitan su capacidad y autonomía de realizar actividades propias del día a día, como limpieza o higiene personal. Este temor, repercutiría en el bienestar de los pacientes, la inactividad provocaría problemas cardiovasculares, respiratorios, y musculoesqueléticos. (9)

El propósito de esta investigación es examinar la prevalencia de la kinesiofobia entre los adultos mayores que asisten a una clínica en Lima en 2024, y cómo este miedo al movimiento se relaciona con su capacidad funcional. Es imperativo llevar a cabo esta investigación, ya que la ausencia de estudios sobre la relación entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores en una clínica de Lima en 2024 podría tener consecuencias graves. La falta de datos y comprensión limitaría la capacidad de los profesionales de la salud para abordar de manera efectiva esta problemática, lo que resultaría en estrategias de intervención genéricas en lugar de enfoques personalizados. (10) Por todo lo antes mencionada surge la idea de investigación la cual tiene como objetivo Determinar la relación entre la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores de una clínica de Lima, 2024?

¿Cuáles son las características clínicas de los adultos mayores de una clínica de Lima, 2024?

¿Cuál es la relación entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024?

¿Cuál es la relación entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar las características sociodemográficas de los adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

Determinar las características clínicas de los adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

Determinar la relación entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

Determinar la relación entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La kinesiofobia es un tema relevante en el ámbito de la geriatría, debido a su impacto negativo sobre la vida y funcionalidad de los adultos mayores. A pesar de la definición clara de la kinesiofobia, como el miedo hacia el movimiento y la actividad física, por temor a sufrir una lesión o agravar una lesión preexistente, aún existe la necesidad de realizar investigaciones específicas sobre esta variable y su relación con otras (11). Por lo que, la presente investigación recoge información detallada para una clínica en Lima en 2024.

Entonces teóricamente, este estudio realiza una revisión detallada a la literatura disponible sobre la kinesiofobia y su relación con la funcionalidad en adultos mayores, con el objetivo de sentar bases para el sustento de los resultados obtenidos. Asimismo, esta revisión queda como material de consulta para futuros investigadores en materia geriátrica.

1.4.2. Metodológica

Metodológicamente, se emplearon instrumentos previamente validados en investigaciones sobre la kinesiofobia y capacidad funcional. Aunque estos instrumentos ya contaban con validación inicial, se llevó a cabo un proceso de adaptación y revalidación para asegurar que fueran adecuados y culturalmente relevantes para la población de adultos mayores de Lima. Además, se evaluó la fiabilidad de los datos mediante pruebas de consistencia interna, garantizando que los

datos obtenidos fueran precisos y representaran de manera fiable las experiencias de los participantes.

1.4.3. Práctica

Realizar este estudio es relevante en cuanto a la salud geriátrica, ya que la kinesiofobia (miedo de movimiento) en personas mayores puede influir significativamente en su capacidad funcional, con la resultante pérdida de calidad de vida. Así, este estudio buscó revisar la relación entre kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, lo cual permitió identificar áreas de intervención específicas para mejorar el bienestar y funcionalidad de esta población. Los resultados servirán como base para el diseño de programas terapéuticos y educativos en la clínica, ayudando a reducir el impacto de la kinesiofobia y promoviendo una mejor calidad de vida entre los adultos mayores atendidos en esta clínica.

1.5. Limitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La tesis se llevó a cabo en el año 2023 específicamente desde octubre a junio del 2024. El estudio fue de corte transversal, el hecho de que la investigación recoja información en un solo momento, no permite medir posibles cambios estacionales de los adultos mayores.

1.5.2. Espacial

El estudio se llevó a cabo en una clínica ubicada en el distrito de San Isidro en Lima, Perú.

1.5.3. Población o unidad de análisis

Está conformada por adultos mayores de 60 años que se atienden en la clínica y que estuvo dispuesta a formar parte del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Roure et al. (12), se propusieron evaluar cómo los problemas de salud de los pacientes y la carga de sus cuidadores afectan la capacidad funcional de los adultos mayores de 65 años que participan en el programa de atención domiciliaria (ATDOM). Utilizaron un diseño de estudio transversal que incluyó todos los casos con una duración de al menos 6 meses en el programa ATDOM, teniendo en cuenta que un paciente podría estar involucrado en varios procesos. La muestra incluyó 8.433 procesos, con una duración que oscilaba entre 6 y 92.7 meses. Los hallazgos revelaron una edad promedio de 86 años en los participantes, siendo el 64.2% mujeres. Un 92.4% presentó algún nivel de dependencia, con un 72.1% en categorías de leve a moderada y un 20.3% en grave o total. Factores como la edad avanzada, deterioro cognitivo, riesgo de úlceras por presión y la sobrecarga del cuidador se asociaron independientemente con el deterioro funcional. En conclusión, se encontró una alta prevalencia de dependencia en pacientes mayores de 65 años en el programa ATDOM, predominando la dependencia leve o moderada.

López et al. (13), investigaron la relación entre kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores con osteoartritis de rodilla que asistían a clínicas privadas de rehabilitación y ortopedia. En este estudio descriptivo, transversal y analítico, se encuestó a 40 personas mayores de 60 años con dicho diagnóstico. Los resultados mostraron una limitación funcional moderada con una puntuación promedio de 28.07 en el WOMAC, y un nivel elevado de kinesiofobia con un promedio de 35.02 en el TSK-11. Sin embargo, no se encontró una correlación significativa entre ambas variables ($r=0.052$, $p=.752$). Se concluyó que, a pesar de que los pacientes

presentaban altos niveles de kinesiophobia, esta no influía significativamente en su capacidad funcional.

Solano (14), se enfocó en "Determinar el nivel de dolor y su relación con la kinesiophobia en individuos de 61 a 70 años en Carchi e Imbabura". Este estudio cuantitativo y descriptivo adoptó un enfoque transversal no experimental, utilizando encuestas para recoger datos de 420 personas de dichas provincias. Demográficamente, el grupo de 61 años fue el más representado con un 21.90%, y los hombres constituyeron el 73.30% frente al 26.70% de mujeres. Entre las ocupaciones, los choferes profesionales (40%) y las amas de casa (22.40%) fueron predominantes. Respecto al dolor, el 53.10% no mostró dolor neuropático, el 40.20% tuvo resultados dudosos y el 6.20% presentó dolor neuropático. Un alto nivel de kinesiophobia fue reportado por el 80.20% de los participantes. La conclusión destacó un bajo índice de dolor en relación con la kinesiophobia en este grupo etario.

Criollo (15) buscó "Evaluar la capacidad funcional y las actividades de la vida diaria en personas mayores de dos instituciones geriátricas en Cali". Utilizando un método descriptivo y transversal, se observó a 87 individuos mayores de 60 años. La capacidad funcional se midió mediante pruebas de ejecución y las actividades de la vida diaria se evaluaron con la escala de Barthel. La muestra estaba mayoritariamente compuesta por mujeres (56.3%) y la educación primaria fue el nivel educativo más común (41.4%). Los resultados mostraron que el 82.7% tenía un puntaje funcional bajo, indicando un alto riesgo de caídas. Según la escala de Tinetti, el 71% tenía riesgo de caídas y el 29% un alto riesgo. Además, el 66.6% era independiente en sus actividades diarias, mientras que el 21% tenía una dependencia moderada. Este estudio resalta la importancia de las evaluaciones funcionales en instituciones geriátricas, sugiriendo que pueden ser claves para mejorar la independencia y calidad de vida de los mayores.

Moscoso y Tibán (16), se propusieron "Analizar la relación entre la capacidad funcional y la actividad física en adultos mayores". El estudio combinó una revisión de literatura con una investigación de campo descriptiva y transversal, utilizando observación. Se seleccionaron 40 adultos mayores basados en criterios específicos de inclusión y exclusión. Para medir la capacidad funcional, se empleó el SENIOR FITNESS TEST. Los hallazgos indicaron una correlación positiva entre la actividad física y la capacidad funcional. Los adultos mayores activos físicamente mostraron mejores resultados en el test, con un 75% aprobando el test de capacidad funcional, un 59% obteniendo una calificación alta en tono muscular y un 100% demostrando independencia en la prueba de Barthel. Por el contrario, los menos activos físicamente tuvieron un desempeño inferior, con solo el 30% aprobando el test de capacidad funcional, un 30% con alta calificación en tono muscular y un 60% de independencia en la prueba de Barthel. Este estudio subraya la importancia del ejercicio en la tercera edad, evidenciando una mejora en la capacidad funcional de los adultos mayores activos físicamente.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Gonzales y Sotomayor (17), se enfocaron en "Determinar el nivel de kinesiofobia en adultos mayores que asisten al Hospital PNP San José". La investigación, de carácter descriptivo, cuantitativo y transversal, se basó en encuestas a 130 adultos mayores pacientes del hospital. Se utilizó un cuestionario para recoger los datos. La muestra incluyó un 40% de hombres y un 60% de mujeres, con una edad promedio de 78.04 años. Se encontró que el 60.8% de los participantes mostraba un alto nivel de kinesiofobia, siendo más prevalente en mujeres (36.15%) y en el grupo de edad de 71 a 80 años (27.69%). La conclusión del estudio fue que la población, mayoritariamente femenina, presentaba un grado significativo de kinesiofobia, siendo

especialmente notable en el grupo de 71 a 80 años. Sin embargo, no se estableció una relación significativa entre kinesiofobia, género y edad.

Huamán (18), se enfocó en "Determinar la capacidad funcional de los adultos mayores que asisten al consultorio de medicina general en el Puesto de Salud Jardín Rosa de Santa María". Este estudio descriptivo y cuantitativo utilizó un diseño no experimental y transversal, con la encuesta como técnica principal. La muestra incluyó a 35 adultos mayores de dicho consultorio, evaluados con el cuestionario índice de Barthel. Los resultados mostraron que el 74% de los participantes eran funcionalmente independientes, mientras que el 26% presentaba una dependencia funcional leve. Demográficamente, el 60% eran mujeres, y la mayoría tenía entre 60 y 69 años. El 60% estaba casado, y la mayoría tenía educación primaria. En cuanto a las actividades de la vida diaria, el 23% necesitaba ayuda con escaleras y el 11% requería asistencia para caminar, comer y vestirse. En resumen, la mayoría (74%) de los adultos mayores del consultorio mostraba independencia funcional.

Alanya (19), investigó "La capacidad funcional de los adultos mayores que asisten a los Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán en Lima, Perú". Este estudio empírico, descriptivo y no experimental, utilizó encuestas para recopilar datos de 100 adultos mayores. Se aplicaron la Escala de Katz y la Escala de Lawton-Brody para la evaluación. Los resultados indicaron que el 87% de los participantes presentaba dependencia funcional, necesitando asistencia en sus actividades diarias, mientras que solo el 13% era independiente. La mayoría eran mujeres (63%), en el rango de 76 a 80 años (59%), casados (44%) y económicamente dependientes (78%). Se encontró que el 84% necesitaba ayuda en actividades básicas de la vida diaria y el 90% en actividades instrumentales. En conclusión, el estudio reveló una alta

prevalencia de dependencia funcional en los adultos mayores que asistían a este hospital, con una mayoría de mujeres, personas de edad avanzada, casadas y económicamente dependientes.

Herrerias (20), se centró en "Establecer la relación entre características sociodemográficas y kinesiofobia en adultos mayores con lumbalgia crónica inespecífica". El estudio, de enfoque cuantitativo y diseño analítico transversal, utilizó encuestas para recoger datos de 210 adultos mayores. Se aplicó el Cuestionario de Escala de Tampa para Kinesiofobia. Entre los participantes, el 64.8% eran mujeres y el 35.2% hombres, con la mayoría (47.6%) entre 65 y 70 años. El 65.2% tenía un perfil sedentario. Se encontró que el 73.3% presentaba un alto nivel de kinesiofobia. El análisis reveló una relación significativa entre kinesiofobia y edad (valor de $p < 0.05$), pero no entre kinesiofobia y sexo u ocupación (valores de $p > 0.05$). En resumen, el estudio mostró una correlación significativa entre kinesiofobia y edad en adultos mayores con lumbalgia crónica inespecífica, pero no con sexo u ocupación.

Salluca y Velásquez (21), investigaron "La relación entre calidad de vida y capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la Unidad de Orto geriatria de un Hospital del Callao". Utilizando un enfoque cuantitativo correlacional y transversal, se encuestó a 64 adultos mayores. Se emplearon el cuestionario Whoqol-Bref para calidad de vida y el Índice de Barthel para capacidad funcional. Los resultados mostraron que la calidad de vida general fue moderada (92.2%), asimismo la salud física y psicológica se situaron en un nivel moderado, mientras que las relaciones sociales fueron bajo y el medio ambiente alto. En cuanto a la capacidad funcional, el 37.5 % reportó tener una dependencia moderada. Para las tareas específicas del ICCS, se observaron independencia a diferentes grados de dependencia. La asociación para la calidad de vida y capacidad funcional fue moderada. Para adultos mayores en la unidad de ortogeriatría, una mejor capacidad funcional se vinculó a una mejor calidad de vida.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Kinesiofobia

La kinesiofobia es un término importante en la atención médica y la recuperación de los pacientes. Se define por un miedo excesivo y sin fundamento al movimiento y la actividad física. Este temor puede llevar a una disminución considerable en la participación en estas actividades debido a la sensación de vulnerabilidad frente a lesiones potenciales (11).

Este miedo al movimiento podría estar condicionado por las creencias culturales que relacionan la fragilidad con el proceso de envejecimiento (22). Como resultado de ello, algunas personas pueden abstenerse de realizar actividades físicas por temor a agravarse su dolor o lesiones anteriores. Esto a su vez podría desembocar en la inactividad física, la depresión y la discapacidad (5).

La kinesiofobia es especialmente importante en pacientes que padecen enfermedades como la osteoartritis de la rodilla, ya que las experiencias pasadas de dolor y lesiones pueden alimentar este temor al movimiento (23).

El concepto de kinesiofobia, descrito en anteriores párrafos destaca la relevancia del aspecto psicológico en la relación entre el dolor, la actividad física y la discapacidad en pacientes principalmente en adultos mayores. Este temor irracional al movimiento basado en creencias y experiencias previas puede tener un impacto negativo en la calidad de vida, promoviendo la inactividad física. Abordar la kinesiofobia se vuelve fundamental en el cuidado de estos pacientes, centrándose en manejar tanto los aspectos físicos como los aspectos psicológicos para alcanzar una mejoría en su bienestar integral.

2.2.1.1. Síntomas de la kinesiofobia

En cuanto al conjunto de síntomas de la kinesiofobia, Esteve y Ramírez (24) identifican varios elementos fundamentales que definen esta condición:

- La evaluación del dolor ocurre cuando alguien experimenta una molestia intensa y reflexiona sobre su importancia.
- La manera en que la mayoría de las personas perciben el dolor es como una sensación molesta pero no necesariamente alarmante ni catastrófica en sus consecuencias. Tienen a volver gradualmente a sus actividades normales después de un periodo adecuado de descanso y eso les ayuda a recuperarse más fácilmente.
- Una minoría de individuos experimentan el dolor en exceso y lo perciben de manera negativa como una interpretación trágica del mismo. Esta perspectiva, se relaciona a aspectos como la afectividad negativa o neuroticismo en la personalidad, lo que provoca un temor al dolor y promueve conductas evitativas.
- El temor al dolor se define como la creencia de que el movimiento o la actividad física pueden empeorarlo o causarnos una lesión adicional en este contexto.
- Con el fin de aumentar la eficiencia de la evitación del individuo tiende a manifestar conductas de hipervigilancia mediante la búsqueda constante de situaciones o estímulos que podrían desencadenar dolor. Esta vigilancia excesiva del cuerpo puede dar lugar a una intensificación de las señales somatosensoriales que mantienen al individuo en un estado de alerta permanente contribuyendo al miedo (24).

La valoración del dolor y su significado en la kinesiofobia es un tema relevante que considerar cuidadosamente, debido a cómo las personas perciben el dolor de manera distinta en esta experiencia particular. Es interesante notar que la mayoría de las personas ven el dolor como

desagradable pero no necesariamente amenazante; esto les permite avanzar gradualmente enfrentando la situación a través de la actividad física. Sin embargo, existe una minoría que interpreta el dolor de forma catastrófica generando así miedo e impulsando comportamientos de evitación. Esta conexión entre el pensamiento trágico y la evitación resalta la influencia de factores psicológicos en la kinesiofobia. Además, para la comprensión de cómo se perpetúa este ciclo de miedo al dolor se describe la hipervigilancia corporal y su relación con la amplificación de las señales somatosensoriales; lo cual añade un elemento indispensable. En términos generales el texto destaca lo complicado que es la kinesiofobia y cómo los factores cognitivos y emocionales son fundamentales en su desarrollo y persistencia.

2.2.1.2. Dimensiones de la kinesiofobia

Abedi et al. (25) identificaron dos tipos distintos de kinesiofobia usando la Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK), una medida de autoinforme compuesta por 17 preguntas relacionadas al miedo al movimiento y a sufrir lesiones nuevamente. Cuatro de estas preguntas están formuladas en negativo y se califican de forma inversa (4, 8, 12 y 16). La puntuación final se calcula sumando las calificaciones dadas a cada pregunta; valores más altos indican un mayor temor a experimentar nuevas lesiones.

- **Enfoque somático:** Este enfoque se refiere a las creencias sobre problemas de salud subyacentes y graves (26). En este contexto específico, las personas pueden enfocarse en percibir sensaciones físicas en sus cuerpos relacionadas con eventos traumáticos pasados. Esta tendencia puede llevar a una angustia emocional significativa y dificultades en la vida diaria. Es importante destacar que estas preocupaciones pueden surgir incluso cuando no hay una causa orgánica evidente (27). El término “dolor psicósomático” se emplea para describir un tipo de dolor cuya causa orgánica no es evidente. Este dolor de

origen psicológico suele manifestarse como un malestar intenso y persistente que no mejora con los tratamientos habituales para el dolor (28).

- **Enfoque de evitación de la actividad:** Este planteamiento implica la idea de que participar en actividades podría empeorar la salud y causar dolor (26). Desde una perspectiva psicológica se refiere a un patrón de comportamiento en el que las personas intentan constantemente evitar vivencias emocionales, sensaciones o pensamientos desagradables (29).

Se identifican dos categorías significativas en la clasificación de la kinesiofobia: el enfoque somático y el enfoque de evitación de la actividad; ambas se evalúan a través de la Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK). El enfoque somático destaca la importancia de las creencias sobre posibles problemas médicos graves subyacentes que pueden generar una intensa preocupación por las sensaciones físicas en el cuerpo, incluso cuando no hay una causa orgánica clara presente. Por otra parte, la estrategia de evitar la actividad se basa en la creencia de que participando en la actividad podría agravar el malestar y el dolor; esto suele dar lugar a un patrón de comportamiento marcado por eludir experiencias desagradables. Esta distinción resalta cómo la kinesiofobia puede manifestarse de diversas formas y pone de relieve la complejidad de esta condición en el ámbito de la salud mental y física.

2.2.1.3. Factores que influyen en la kinesiofobia

Se detectan diversas influencias en el desarrollo de la kinesiofobia que se centran en aspectos psicosociales y predictivos, así como limitaciones físicas.

- **Factores psicosociales:** Los factores psicosociales enfatizan la importancia del modelo de evitación basado en el miedo en la kinesiofobia. Este modelo explica cómo pensamientos catastróficos sobre el dolor, influenciados por experiencias previas u

opiniones de personas cercanas o expertos, puedan llevar a evitar movimientos o actividades físicas y aumentar la sensibilidad a sensaciones corporales ambiguas. Este ciclo perpetúa la inactividad física, incrementando la discapacidad, la depresión y la persistencia del dolor. La kinesiofobia se describe como la acumulación de pensamientos y sentimientos que provocan un temor excesivo y ansiedad sobre el dolor y la fragilidad del cuerpo ante el ejercicio físico (30).

- **Factores predictivos:** Los factores que predicen la kinesiofobia incluyen el temor al dolor durante el movimiento y las creencias sobre el peligro del dolor experimentado por un paciente que impactan en la evitación de actividades y la discapacidad. La persistencia de miedo está vinculada a la duración del dolor, siendo un indicador crucial para predecir la recuperación del paciente, independientemente de su condición física, según lo evaluado por el fisioterapeuta (31).
- **Factor limitante físico:** La kinesiofobia provoca una disminución en la actividad física como forma de autodefensa o evitación, lo cual deteriora el estado físico global y reduce la funcionalidad corporal. Esta falta de actividad resulta en una pérdida de movilidad en el área afectada (32).

Basándonos en lo expuesto se puede observar la influencia de varios factores en la kinesiofobia; centrándose en aspectos psicosociales que son predictivos y limitantes físicas significativos. Los elementos psicosociales cobran relevancia al explicar cómo el miedo a moverse y los pensamientos catastróficos pueden desencadenar un ciclo de evitación y discapacidad; lo cual resalta la importancia de la dimensión psicológica en esta condición. Adicionalmente se hace referencia a que el temor al movimiento puede ser un factor predictivo fundamental para el pronóstico de la enfermedad; sin importar la capacidad física del paciente.

Por último, se resalta la importancia del factor limitante físico; la kinesiofobia puede resultar en una reducción de la actividad y condición física deficiente que podría impactar negativamente en la funcionalidad corporal. En conjunto estos elementos evidencian la complejidad de la kinesiofobia y su relación interactiva tanto a nivel psicológico como físico; aspectos esenciales para una comprensión clara y eficaz de esta condición.

2.2.2. Capacidad funcional

La capacidad funcional es un concepto muy amplio, que se refiere a la habilidad de una persona para realizar sus actividades diarias de forma independiente y segura sin experimentar fatiga. Esta capacidad es dinámica: alcanza su punto máximo en la juventud y va disminuyendo gradualmente conforme se envejece. Es especialmente importante en adultos mayores debido a que su deterioración se relaciona comúnmente a problemas como caídas o pérdida de flexibilidad y control de esfínteres (33).

La capacidad funcional se define como la habilidad de una persona para llevar a cabo las Actividades de la Vida Diaria (AVD) sin necesitar ayuda o supervisión externa. A medida que las capacidades disminuyen debido al envejecimiento natural del cuerpo humano, es posible que los adultos mayores requieran asistencia para llevar a cabo estas actividades (34). Además de la autonomía en las AVD, la capacidad funcional implica diversas funciones corporales como las respiratorias, cardiovasculares, musculares renales y hepáticas (35). Estas características son esenciales para preservar un estilo de vida activo y autónomo que se adecúe a las circunstancias de vida y a la edad biológica del individuo (36).

La capacidad funcional aborda no solo las tareas básicas cotidianas como comer, ducharse, vestirse y moverse, sino también actividades más elaboradas adaptadas al contexto de cada individuo. Su estudio y comprensión han avanzado para abarcar aspectos biológicos y

contextuales, como la edad cronológica y la capacidad de llevar a cabo tareas más complejas, resaltando la importancia de un enfoque multidimensional. La capacidad funcional no se limita solo al aspecto físico, sino que también considera factores biológicos y sociales. Por lo tanto, es crucial investigar a fondo este concepto, para un enfoque más integral en el cuidado de la población adulta mayor (37).

2.2.1.4. Comorbilidad de la capacidad funcional en adultos mayores

Las enfermedades que se presentan junto a otras suelen empeorar la disminución de la capacidad funcional en personas mayores de edad de manera significativa. Entre las enfermedades más importantes a considerar se encuentran la diabetes y la hipertensión, así como también condiciones gastrointestinales y problemas respiratorios crónicos. Además de estas condiciones médicas específicas también se ha observado que factores relacionados al entorno socio-económico pueden influir en la capacidad funcional de los adultos mayores. Varios estudios han demostrado que la interacción entre el individuo y su entorno es un factor clave para determinar su nivel de funcionalidad física. Esta relación puede variar bastante entre distintas personas según sus circunstancias personales. Varios elementos como el trabajo para sobrevivir económicamente, el respaldo de la familia, la cantidad de hijos, el estado civil y otros aspectos mostraron tener una influencia significativa en el nivel de funcionalidad en las personas mayores (33).

Enfatiza, en cómo diferentes condiciones médicas como la diabetes o problemas de presión arterial pueden afectar la capacidad física de las personas mayores en base a lo mencionado anteriormente. También se resalta la importancia de aspectos socioeconómicos como el tipo de empleo o el apoyo familiar en dichas capacidades funcionales. La interacción entre una persona mayor y su entorno juega un papel fundamental en su capacidad funcional

individual, la cual puede tener diferencias significativas de una persona a otra. Esta situación subraya la compleja tarea de abordar la capacidad funcional en adultos mayores y la importancia de tener en cuenta diversos aspectos médicos y sociales al evaluar y mejorar la calidad de vida de esta población.

2.2.1.5. Capacidad funcional en adultos mayores

La funcionalidad en las personas mayores se refiere a su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas de forma autónoma y segura sin experimentar cansancio excesivo. Su disminución aumenta el riesgo de caídas y la necesidad potencial de recibir cuidados en instituciones especializadas. Con el paso de los años, este concepto incluye varios aspectos como la capacidad física, estado funcional, nivel de actividad física y cómo el proceso gradual del envejecimiento afecta diversas habilidades (38).

Es fundamental mantener y vigilar la capacidad funcional, para evitar la dependencia y promover un estilo de vida saludable en los adultos mayores. A pesar de las investigaciones internacionales sobre temas como la actividad física, el sedentarismo y el sueño, en esta población, hasta el momento existen pocos estudios a largo plazo que investiguen detalladamente las variaciones estacionales y su impacto en la capacidad física funcional en adultos mayores (38).

El texto resalta que el proceso de envejecimiento es complejo e implica diversos aspectos que van más allá de la pérdida de capacidades físicas. Se destaca la importancia de realizar más investigaciones a lo largo del tiempo para comprender cómo los cambios estacionales y otros factores ambientales pueden influir en la capacidad funcional de los adultos mayores. Este enfoque integral resultará fundamental para diseñar estrategias preventivas e intervenciones que

aborden las necesidades de esta población de manera eficiente y adaptada a sus circunstancias particulares.

2.2.1.6. Dimensiones de la capacidad funcional

La funcionalidad implica las destrezas que posibilitan a un individuo satisfacer sus requerimientos y llevar a cabo tareas significativas en su día a día. En el caso de las personas mayores, estas capacidades se dividen en dos aspectos principales: las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (39).

A. Actividades básicas de la vida diaria: también conocidas como áreas ocupacionales engloban todas las labores diarias que los adultos llevan a cabo para vivir de forma independiente y totalmente integrados en la sociedad. Estas funciones se centran en el cuidado personal y son fundamentales para preservar la salud; no pueden ser transferidas a terceros (40).

Estas medidas son cruciales para la conservación y la salud física, llevándose a cabo de forma automática y frecuente en nuestra vida diaria. Son indispensables para la supervivencia humana y constituyen un elemento esencial de nuestras actividades cotidianas. Se clasifican en las siguientes categorías (41):

- Alimentación: La posibilidad de preparar sus alimentos, alcanzar su comida a la boca, masticar y tragarlos.
- Aseo e higiene: Implica lavar el rostro, cada parte del cuerpo, usando jabón y agua, así como secarse el cuerpo.
- Vestimenta: Implica ponerse la ropa o vestimenta, día a día, antes de iniciar con sus actividades.
- Movilidad: La posibilidad de movimiento o desplazamiento de un lugar a otro.

- Sueño y descanso: La capacidad de organizar descansos durante el día.

B. Actividades instrumentales de la vida diaria: Las actividades instrumentales de la vida diaria son aquellas que van más allá de las habilidades básicas de autocuidado, permitiendo a una persona desenvolverse de manera independiente en su hogar y comunidad. Este conjunto de actividades incluye el uso del teléfono, compras, preparación de alimentos, también la medicación, así como las finanzas domésticas (40).

Estas actividades involucran la habilidad de una persona para cubrir sus necesidades diarias básicas, como elegir y cocinar alimentos, obtener artículos esenciales, seguir rutinas de higiene, utilizar tecnología y cuidar de su salud de forma completa (41).

La funcionalidad de una persona mayor se puede dividir en dos dimensiones principales: las actividades básicas diarias, que incluyen tareas esenciales para el cuidado personal; y las actividades instrumentales diarias, que permitan la independencia en casa y en la comunidad. Ambas son fundamentales para evaluar y mejorar la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores, al fomentar su autonomía y participación activa en la sociedad.

2.2.1.7. Dominios clave de la capacidad funcional

La capacidad funcional durante la edad adulta se desarrolla en tres etapas distintivas: una primera fase caracterizada por una capacidad sólida y constante; una etapa intermedia de deterioro gradual; y finalmente una fase donde la capacidad disminuye significativamente dando lugar a la posible necesidad de cuidados especiales para mantenerla adecuada. Para comprender este proceso en su totalidad resultan esenciales consideraciones acerca de los dominios críticos correspondientes (42):

Vitalidad: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la energía de vida hace referencia a los aspectos fisiológicos que impactan en la capacidad innata de un individuo, tales como el equilibrio energético y el metabolismo.

Movilidad para un envejecimiento saludable, es fundamental para preservar la independencia personal en la vejez y se refiere a la capacidad locomotriz de desplazamiento; existen métodos efectivos para preservar y potenciar esta destreza en la edad avanzada.

Estado emocional y mental de los adultos mayores: Los signos de tristeza o desaliento pueden impactar en individuos de edad avanzada particularmente quienes lidian con enfermedades crónicas o se hallan socialmente solos en la vida cotidiana. Además del estado depresivo, otros factores relevantes para evaluar su bienestar mental incluyen la ansiedad, rasgos de personalidad y estrategias para sobrellevar las adversidades.

Funciones mentales superiores: Los cambios en la capacidad cognitiva pueden manifestarse a través de dificultades en la memoria, concentración y resolución de problemas; esto suele estar asociado al envejecimiento cerebral, patologías como el Alzheimer o factores del entorno. Resultan especialmente problemáticos cuando interfieren en la capacidad de una persona para llevar a cabo sus actividades cotidianas de forma habitual.

La disminución de la capacidad auditiva es frecuente en la tercera edad y puede dificultar la comunicación y provocar aislamiento social; además se ha asociado a otros problemas de salud como la pérdida cognitiva o el desequilibrio emocional que puede llevar a caídas o depresión.

La visión, es crucial para las actividades diarias, ya que permite interactuar con el entorno y otras personas. Dificultades visuales como la miopía o las cataratas pueden obstaculizar la realización de tareas cotidianas y provocar sentimientos de ansiedad y depresión (42).

Los aspectos clave relacionados a la capacidad funcional en personas mayores son fundamentales para un envejecimiento saludable y pleno de vitalidad y bienestar general. Estos comprenden la vitalidad física y mental, la movilidad, la agudeza psicológica, el funcionamiento cognoscible, la audición y la visión. Cada uno de estos elementos desempeña un rol crucial en el bienestar general de los ancianos, influyendo directamente en su autonomía y calidad de vida.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

HGa: Existe relación significativa entre la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

HGo: No existe relación significativa entre la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

2.3.2. Hipótesis específicas

- HE1a: Existe relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.
- HE1o: No existe relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024
- HE2a: Existe relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.
- HE2o: No existe relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El enfoque del método hipotético-deductivo consistió en utilizar una estrategia de investigación para mejorar la calidad del conocimiento a través de un proceso de deducción basado en la inducción. Este procedimiento comenzó identificando un problema específico y luego aplicando una teoría o ley universal para explicarlo. A continuación, la teoría fue sometida a pruebas para verificar su lógica y validez. Este enfoque resultó especialmente útil para abordar problemas cuyas causas son complejas o están relacionadas con leyes generales (43).

3.2. Enfoque de la investigación

Este estudio utilizó un enfoque cuantitativo que se apoyó en el análisis estadístico para examinar los datos. Esta metodología permitió la medición y cuantificación de las variables del estudio y se enfocó en los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a adultos mayores (44).

3.3. Tipo de investigación

El análisis se caracterizó por ser aplicado y enfocado en abordar problemas sociales específicos dentro de un contexto determinado e intentaba aplicar conocimientos previos para brindar soluciones prácticas a situaciones reales identificadas previamente (45).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño siguió el enfoque no experimental al observar las variables en su entorno natural sin intervenir ni manipular deliberadamente ninguna de ellas. Las variables se analizaron evaluaron tal como se presentaron en su entorno natural (45). Según Arias (46), en este diseño no se introdujeron estímulos ni condiciones experimentales que pudieran influir en las variables

bajo estudio; los participantes fueron evaluados en su contexto natural sin alteraciones premeditadas.

El estudio utilizó un enfoque descriptivo y correlacional para identificar y comprender las características principales de las variables y su relación entre sí en la investigación (45). Este método se enfocó en detallar las propiedades y perfiles de diferentes grupos u objetos para aclarar y comprender varios fenómenos. Adicionalmente el análisis fue de tipo transversal y prospectivo debido a que la información fue recolectada en un único instante. En consecuencia los resultados obtenidos facilitaron la comprensión del comportamiento de las variables en dicho momento particular (47).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. La población

La población de estudio incluyó todas las unidades de análisis que compartieron características relevantes para la investigación (48). En este caso particular, se trató de todos los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima. La población total comprendió 100 adultos mayores.

3.5.2. La muestra

De acuerdo con Arias (46), la muestra es un subgrupo representativo de la población, del cual se obtienen los datos para la investigación. A partir de la problemática planteada, la población total fue de 100 adultos mayores, la muestra estará compuesta por 100 adultos mayores, tras aplicar criterios de selección específicos.

3.5.2. El muestreo

La muestra fue censal, lo que significó que incluyó a todas las unidades de la población de estudio. En un muestreo censal, se recopiló información de toda la población, a diferencia del muestreo aleatorio o estratificado, donde solo se selecciona un subconjunto (48).

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Personas mayores de 60 y menores de 80 años.
- Pacientes que fueron atendidos en la clínica seleccionada en Lima.
- Individuos capaces de otorgar un consentimiento informado para participar en la investigación.
- Pacientes que no tenían contraindicaciones médicas para someterse a evaluaciones físicas y responder cuestionarios relacionados con la kinesiofobia y la capacidad funcional.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con enfermedades graves o agudas que les impedían participar en evaluaciones físicas o cuestionarios, como infartos recientes, accidentes cerebrovasculares o enfermedades terminales, etc.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos.
- Personas que no podían comunicarse en español o que tenían dificultades significativas para comprender y responder a los cuestionarios debido a barreras lingüísticas.
- Pacientes con ayudas biomecánicas.

- Personas con deterioro cognitivo severo podrían ser excluidas, ya que podían tener dificultades para comprender y responder a las evaluaciones relacionadas con la kinesiofobia y la capacidad funcional.
- Pacientes con compromiso musculoesquelético crónicos que les impedía participar en el estudio.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Kinesiofobia

Matriz operacional de la variable:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	VALOR
kinesiofobia	La kinesiofobia es el miedo excesivo, irracional y paralizante al movimiento y a la actividad física, que surge por la sensación de vulnerabilidad tras una lesión dolorosa o el temor a una nueva lesión (7).	Según Abedi et al. (21), la kinesiofobia se divide en dos subcategorías: el enfoque somático y el enfoque de evitación de la actividad, las cuales se evalúan mediante la Escala de Tampa para la Kinesiofobia (TSK).	Evitación de la actividad	"Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico." "Si intentara superarlo, mi dolor aumentaría." "Mi cuerpo me dice que tengo algo peligrosamente mal." "Mi dolor probablemente se aliviaría si hiciera ejercicio." "La gente no está tomando mi condición médica lo suficientemente en serio." "Mi accidente ha puesto mi cuerpo en riesgo por el resto de mi vida."	Ordinal	Un puntaje de 17 indica ausencia de kinesiofobia. Un puntaje entre 18 y 36 indica baja kinesiofobia. Un puntaje entre 37 y 68 indica alta kinesiofobia.
			Enfoque somático	"El dolor siempre significa que me he lastimado el cuerpo." "El hecho de que algo agrave mi dolor no significa que sea peligroso." "Tengo miedo de lastimarme accidentalmente." "El simple hecho de tener cuidado de no hacer ningún movimiento innecesario es lo más seguro que puedo hacer"		

				<p>para evitar que mi dolor empeore."</p> <p>"No tendría tanto dolor si no hubiera algo potencialmente peligroso en mi cuerpo."</p> <p>"Aunque mi condición es dolorosa, estaría mejor si estuviera físicamente activo."</p> <p>"El dolor me permite saber cuándo dejar de hacer ejercicio para no lastimarme."</p> <p>"Realmente no es seguro para una persona con una condición como la mía estar físicamente activa."</p> <p>"No puedo hacer todas las cosas que hace la gente normal porque es demasiado fácil para mí lesionarme."</p> <p>"Aunque algo me está causando mucho dolor, no creo que sea realmente peligroso."</p> <p>"Nadie debería tener que hacer ejercicio cuando tiene dolor."</p>		
--	--	--	--	--	--	--

Variable 2: Capacidad Funcional**Matriz operacional de la variable:**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	RANGOS
Capacidad funcional	La capacidad funcional se refiere a la habilidad de una persona para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD) sin necesitar asistencia o supervisión. Sin embargo, a medida que envejece, es común que su funcionalidad disminuya y requiera apoyo para llevar a cabo estas actividades (30).	La independencia del paciente en la realización de actividades básicas de la vida diaria se mide mediante el Índice de Katz. Asimismo, la autonomía física y la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria se evalúan con la Escala de Lawton y Brody.	Actividades básicas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Baño." 2. "Vestido." 3. "Uso del retrete." 4. "Movilidad." 5. "Continencia." 6. "Alimentación." 	Ordinal	Ausencia de incapacidad: 0 Incapacidad moderada: 1 Incapacidad severa: 2
			Actividades instrumentales	<ol style="list-style-type: none"> 7. "Capacidad para usar el teléfono." 8. "Hacer compras." 9. "Preparación de la comida." 10. "Cuidado de la casa." 11. "Lavado de la ropa." 12. "Uso de medios de transporte." 13. "Responsabilidad respecto a su medicación." 14. "Capacidad para utilizar dinero." 		

Variables intervinientes: Características sociodemográficas y clínicas

Definición Operacional: Las características sociodemográficas de los participantes se clasifican en categorías como edad, sexo, estado civil y nivel educativo. Además, se incluyen las características clínicas que abarcan el historial de lesiones, cirugías previas, uso de medicamentos y presencia de comorbilidades.

Matriz operacional de las variables intervinientes:

VARIABLES INTERVINIENTES	Según el enfoque	Según la escala de medida	Según el número	Según el nivel de causalidad	Indicadores
Sociodemográfico Dimensión Edad	Cualitativa	Nominal	Politómica	Independiente	a) "Menos de 65 años." b) "65-74 años." c) "75-84 años." d) "85 años o más."
Sociodemográfico Dimensión Sexo	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Independiente	a) "Hombre." b) "Mujer."
Sociodemográfico Dimensión Estado Civil	Cualitativa	Nominal	Politómica	Independiente	a) "Casado/a." b) "Soltero/a." c) "Viudo/a." d) "Separado/a." e) "Conviviendo."
Sociodemográfico Dimensión Nivel de Educación	Cualitativa	Nominal	Politómica	Independiente	a) "Sin educación formal." b) "Educación primaria." c) "Educación secundaria." d) "Educación técnica o profesional." e) "Educación universitaria."
Clínica	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Independiente	a) "Sí."

Dimensión Historial de lesiones					b) "No."
Clínica Dimensión Historial de Cirugías	Cualitativa	Nominal	Politómica	Independiente	a) "Cirugía de rodilla." b) "Cirugía de cadera." c) "Cirugía de columna." d) "Cirugía cardiovascular u otras cirugías relevantes." e) "Otras cirugías..." f) "Sin historial de cirugías."
Clínica Dimensión Uso de Medicamentos	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Independiente	a) "Sí." b) "No."
Clínica Dimensión Comorbilidades	Cualitativa	Nominal	Politómica	Independiente	a) "Artritis." b) "Artrosis." c) "Otras comorbilidades relevantes."

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Las técnicas representaron las respuestas al "cómo hacer" y permitieron la aplicación del método en el contexto en el que se aplicó. Existen técnicas para todas las actividades humanas que tienen como objetivo alcanzar ciertos resultados. Sin embargo, en el caso del método científico, las técnicas se convirtieron en prácticas conscientes y reflexivas dirigidas a respaldar el método (49). En este estudio en particular, se empleó la técnica de la encuesta. Una encuesta es un método de investigación que implica la recopilación sistemática de datos y opiniones de individuos o grupos de personas para obtener información sobre una variedad de temas. Las encuestas suelen llevarse a cabo mediante preguntas estructuradas y estandarizadas, que generalmente se presentan en formato escrito, electrónico o verbal. Posteriormente, las respuestas obtenidas se analizaron para identificar tendencias, patrones y percepciones dentro de la muestra estudiada.

3.7.2. Descripción de instrumentos

La utilización de los instrumentos de estudio representó un valioso apoyo para los investigadores, ya que les permitió optimizar su tiempo, reducir los recursos materiales y esfuerzos humanos necesarios. Cuando se emplearon de manera constante y como parte de una práctica habitual, estos instrumentos pudieron conducir a la realización de un trabajo sistemático, organizado y de credibilidad científica, al mismo tiempo que contribuyeron a la estructuración del conocimiento y al enriquecimiento de la formación intelectual (49).

Cuestionario: Tal y como afirmaron Romero et al. (50), un cuestionario es una forma específica de la técnica de la encuesta, diseñado como un conjunto sistemático de preguntas

escritas alineadas con las hipótesis, variables e indicadores de la investigación. El objetivo fue recopilar datos para validar las hipótesis de trabajo.

Escala de Tampa para la Kinesiofobia (Tampa Scale of Kinesiofobia, TSK):

La evaluación "Evitación de la Actividad por Kinesiofobia en Adultos" es una herramienta diseñada para medir el miedo al movimiento y a (re)lesiones en adultos, con un enfoque particular en respuestas somáticas. Desarrollada por Robert P. Miller, Shashidar H. Kori y Dennis D. Todd, y adaptada para Perú por Mariza Tipula Tipula, la prueba consiste en 17 ítems, con cuatro formulados en negativo y puntuados al revés. La escala de medida abarca desde "Totalmente en desacuerdo" hasta "Totalmente de acuerdo". Los resultados se dividen en tres categorías: baja kinesiofobia, alta kinesiofobia y la ausencia de kinesiofobia. La evaluación demostró una elevada consistencia interna y una prueba test-retest con un índice de correlación de 0.887. Además, la validez se respaldó con correlaciones moderadas con medidas de miedo relacionado con el dolor, catastrofización del dolor, discapacidad y pruebas de rendimiento físico en pacientes con dolor lumbar crónico. Estos hallazgos respaldaron la utilidad de la evaluación para comprender la relación entre el miedo al movimiento y la actividad física en adultos (51).

Tabla 1

Ficha técnica del instrumento Escala de Tampa para la kinesiofobia (TSK).

Ficha técnica	
Autor	Miller, Robert P.; Kori, Shashidar H.; Todd, Dennis D.
Adaptado para Perú por:	Tipula Tipula. Mariza (51)
Aplicación	Adultos
Duración	20 minutos
Administración	Individual y colectiva
Dimensiones	Evitación de la actividad Enfoque somático
Ítems	17 ítems sobre el miedo al movimiento y (re)lesión. Cuatro de los ítems están redactados en negativo y puntuados al revés (4, 8, 12 y 16). Las calificaciones se suman para producir una puntuación total donde los valores más altos reflejan un mayor miedo a sufrir (nuevas) lesiones.

Escala de medida	Totalmente en desacuerdo, Parcialmente en desacuerdo, Parcialmente de acuerdo, Totalmente de acuerdo
Baremos (niveles, grados) de la variable	Evitación de la actividad: Puntaje de 7 a 15 Bajo puntaje Puntaje de 16 a 28 Alto puntaje Enfoque somático: Puntaje de 5 a 11 Bajo puntaje Puntaje de 12 a 20 = Alto puntaje Puntaje total: Puntaje de 17 = No presenta kinesiophobia Puntaje de 18 a 36 = Presenta baja kinesiophobia Puntaje de 37 a 68 Presenta alta kinesiophobia

Índice de Katz y la Escala de Lawton y Brody

El Índice de Katz y la Escala de Lawton y Brody son herramientas clave para medir la capacidad funcional en adultos mayores, adaptadas al contexto peruano por Flor León y Daniela Tarazona.

- Índice de Katz: Desarrollado por Richard S. Katz en 1958 y publicado en 1959, evalúa la funcionalidad con 6 indicadores y 12 ítems usando una escala Likert. Es especialmente eficaz en pacientes con menor deterioro, con altos coeficientes de correlación (> 0.70) y test-retest (> 0.90). Clasifica la incapacidad en tres niveles: ausencia (0-1), moderada (2-3) y severa (4-6).
- Escala de Lawton y Brody: Introducida en 1969 en el Centro Geriátrico de Filadelfia y traducida al español en 1993 por Olazarán. Evalúa la capacidad funcional instrumental con 8 indicadores y 31 ítems, también utilizando la escala Likert. Tiene un alto coeficiente de reproductividad (0.94) y las mismas clasificaciones de incapacidad que el Índice de Katz.

Evaluación combinada (Índice de Katz y Escala de Lawton y Brody):

La adaptación peruana evalúa tanto actividades básicas como instrumentales, con un total de 14 indicadores y 43 ítems. La aplicación toma unos 20 minutos y puede ser individual o colectiva. Utiliza una escala de Likert para clasificar la incapacidad de 0 (ausencia) a 2 (severa), y la confiabilidad se mide con el Alfa de Cronbach, mientras que la validez se verifica mediante Juicio de Expertos.

Estas herramientas son esenciales para una evaluación integral de la capacidad funcional en adultos mayores y ayudan a planificar intervenciones adecuadas según sus necesidades en el contexto peruano.

Tabla 2

Ficha técnica del instrumento índice de Katz

Ficha técnica	
Autor	Katz
Adaptado para Perú por:	León, Flor; Tarazona, Daniela (52)
Aplicación	Adultos
Duración	20 minutos
Administración	Individual y colectiva
Dimensiones	Actividades básicas.
Ítems	El Índice de Katz consta de 6 indicadores y 12 ítems, diseñados para evaluar la independencia funcional en actividades diarias clave.
Escala de medida	Escala de Likert
Puntuación	La escala de Likert se utiliza para medir las respuestas en el Índice de Katz, donde se asignan valores según la frecuencia de la capacidad funcional, desde "Nunca" hasta "Siempre"
Confiabilidad	Alfa de Cronbach. (0.90)
Validez	Juicio de Expertos.

Tabla 3

Ficha técnica del instrumento escala de Lawton y Brody

Ficha técnica	
Autor	Escala de Lawton y Brody
Adaptado para Perú por:	León, Flor; Tarazona, Daniela (52)
Aplicación	Adultos
Duración	20 minutos
Administración	Individual y colectiva
Dimensiones	Actividades instrumentales
Ítems	(Escala de Lawton y Brody), con 8 indicadores y 31 ítems
Escala de medida	Escala de Likert

Puntuación	Likert (Nunca, a veces y siempre)
Confiabilidad	Alfa de Cronbach. (0.94)
Validez	Juicio de Expertos.

3.7.3. Validación

En la presente investigación, la validación se centra en garantizar que los instrumentos de recolección de datos midan con precisión los conceptos propuestos. A pesar de que los instrumentos ya fueron adaptados y validados previamente, se decidió realizar una nueva revisión para asegurarse de su adecuación en este contexto particular. Este proceso se documentó cuidadosamente para asegurar la validez y confiabilidad de los instrumentos, siguiendo las directrices establecidas por Supo (53) y Sotelo et al. (54).

Originalmente los instrumentos se encontraron validados de la siguiente manera:

- Validación de la Escala de Tampa para la kinesiofobia: La validación de esta escala incluyó una revisión por tres jueces expertos para evaluar su contenido. Además, se confirmó su validez de constructo al mostrar una correlación moderada con variables como el miedo al dolor, exageración de este y discapacidad en pacientes con dolor lumbar crónico. También presentó una validez predictiva y concurrente moderada, con una correlación entre 0.33 y 0.59 (51).
- Validación de las Escalas de Katz y Lawton y Brody: Estas escalas fueron validadas mediante juicio de expertos en el área, quienes confirmaron su relevancia y validez conceptual. Esto respaldó que las escalas medían de manera precisa la capacidad funcional en adultos mayores (52).

A pesar de estas validaciones anteriores, en la presente investigación se llevó a cabo una nueva validación a cargo del Mg. José Félix Chero Pisfil, especialista en Terapia Física y Rehabilitación, el Dr. Luis Ysmael Cuya Chumpitaz, fisioterapeuta especializado en terapia

manual, y Percy Terrazas Antaquispe, especialista en Terapia Manual Ortopédica. Estos expertos confirmaron la aplicabilidad de los instrumentos, sin realizar observaciones adicionales.

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad se refiere a la consistencia con la que un instrumento mide una variable de forma repetida. Aunque los instrumentos ya demostraron su confiabilidad en estudios previos, se volvió a evaluar su consistencia en el contexto de esta investigación mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, que mide la coherencia interna (55,54).

Confiabilidad original:

- Confiabilidad de la Escala de Tampa para la kinesiofobia: Esta escala demostró una alta consistencia interna y un índice de prueba-reprueba (ICC) de 0.887, indicando estabilidad en las mediciones a lo largo del tiempo (51).
- Confiabilidad de las Escalas de Katz y de Lawton y Brody: Los coeficientes de Alfa de Cronbach fueron de 0.94 para la Escala de Katz y 0.95 para la de Lawton y Brody, lo que indicó una alta consistencia interna en ambas escalas (52).

Los resultados obtenidos mostraron un coeficiente de 0.864 para los 17 ítems de la primera variable y un coeficiente de 0.855 para los 43 ítems de la segunda variable, lo que confirma la alta confiabilidad de los instrumentos. Cabe destacar que, según el coeficiente Alfa de Cronbach, se considera que un instrumento es altamente confiable cuando $\alpha > 0.8$, lo que indica resultados consistentes.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos en esta investigación se realizó de manera cuidadosa y sistemática. Primero, los datos fueron organizados en Microsoft Excel para asegurar su integridad y un acceso eficiente. Posteriormente, se aplicó un análisis estadístico descriptivo,

utilizando medidas de tendencia central como la media, mediana y moda, con el objetivo de identificar patrones y tendencias clave.

Los resultados del análisis se presentaron en tablas, lo que permitió una visualización clara y eficaz de los hallazgos. Durante todo el proceso, se garantizó la precisión y la utilidad de los datos para responder a las preguntas de investigación y alcanzar los objetivos del estudio.

Además, se llevó a cabo una prueba de normalidad para determinar si las variables seguían una distribución normal. Como los datos no seguían esta distribución, se optó por el uso de métodos estadísticos no paramétricos para la contrastación de las hipótesis.

3.9. Aspectos éticos

Para asegurar la originalidad y la integridad académica de la investigación titulada "Kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima," se llevó a cabo un riguroso protocolo ético y buenas prácticas en la investigación. Se evitaron prácticas de auto plagio y cualquier otro tipo de plagio mediante las siguientes acciones:

- Revisión del trabajo previo: Antes de iniciar la redacción de la investigación, se realizó una revisión minuciosa de cualquier trabajo previo del autor relacionado con el tema, como tesis, artículos, informes u otros documentos académicos relevantes.
- Reformulación y actualización: Si se decidió incorporar información, ideas o datos de investigaciones anteriores del autor en el trabajo actual, se reformularon y actualizaron de manera apropiada para que estuvieran en consonancia con los objetivos y el contexto de la nueva investigación.
- Citas y referencias correctas: Cualquier material o contenido derivado de trabajos anteriores del autor o de otros investigadores se citó y referenció de acuerdo con las

normativas de citación correspondientes. Esto se aplicó tanto a fragmentos de texto como a datos, gráficos u otra información utilizada.

- **Transparencia y atribución:** El trabajo actual fue transparente en cuanto a su relación con investigaciones previas del autor. Se proporcionó una declaración explícita sobre cualquier contribución previa relevante y se explicó cómo se relaciona con la nueva investigación.
- **Solicitud de aprobación del Comité de Ética:** Se solicitó la aprobación del comité de ética de parte de la universidad.
- **Verificación de plagio:** Antes de la presentación y publicación, el trabajo se sometió a herramientas de detección de plagio para garantizar que no existieran similitudes inapropiadas con trabajos anteriores del autor ni con otras fuentes académicas.

Estas medidas aseguraron la originalidad y la integridad del trabajo de investigación, cumpliendo con estándares éticos y académicos rigurosos.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

4.1.1.1. Características sociodemográficas

Tabla 4. Edad

Frecuencia de la edad de los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 65 años	12	12,0	12,0	12,0
65 a 74 años	30	30,0	30,0	42,0
75 a 84 años	55	55,0	55,0	97,0
85 años a más	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra la edad de los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 55.0% tiene 75 a 84 años, 30.0% de 65 a 74 años, 12.0% de menos de 65 años y el 3.0% de 85 años a más.

Tabla 5. Sexo

Frecuencia del sexo de los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	32	32,0	32,0	32,0
Mujer	68	68,0	68,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra el sexo de los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 68.0% son mujeres y el 32.0% son hombres.

Tabla 6. Estado civil*Frecuencia del estado civil de los adultos mayores*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casado (a)	71	71,0	71,0	71,0
Viudo (a)	19	19,0	19,0	90,0
Separado (a)	9	9,0	9,0	99,0
Conviviendo	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra el estado civil de los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 71.0% son casados, 19.0% son viudos, 9.0% son separados y el 1.0% están conviviendo.

Tabla 7. Nivel de educación*Frecuencia del nivel de educación de los adultos mayores*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Educación secundaria	10	10,0	10,0	10,0
Educación técnica o profesional	29	29,0	29,0	39,0
Educación universitaria	61	61,0	61,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra el nivel de educación en los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 61.0% tienen educación universitaria, 29.0% tienen educación técnica o profesional y el 10.0% tienen educación secundaria.

4.1.1.2. Características clínicas

Tabla 8: Historial de lesiones

Frecuencia del historial de lesiones de los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	82	82,0	82,0	82,0
No	18	18,0	18,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra el historial de lesiones en los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 82.0% respondieron que sí y el 18.0% respondieron que no.

Tabla 9: Historial de cirugías

Frecuencia del historial de cirugías de los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cirugía de rodilla	15	15,0	15,0	15,0
Cirugía de cadera	16	16,0	16,0	31,0
Cirugía de columna	3	3,0	3,0	34,0
Cirugía cardiovascular u otras cirugías relevantes	4	4,0	4,0	38,0
Otras cirugías	16	16,0	16,0	54,0
Sin historial de cirugías	46	46,0	46,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra el historial de cirugías en los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 46.0% estaban sin historial de cirugías, el 16.0% recibieron cirugía de cadera y otras cirugías, el 15.0% recibieron cirugía de rodilla, el

4.0% recibieron cirugía cardiovascular u otras cirugías relevantes y el 3.0% recibieron cirugía de columna.

Tabla 10: Medicamentos

Frecuencia del uso de medicamentos de los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	76	76,0	76,0	76,0
No	24	24,0	24,0	100,0
Total	00	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra el uso de medicamentos en los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 76.0% si recibieron medicamentos y el 24.0% no recibieron medicamentos.

Tabla 11. Comorbilidades

Frecuencia de las comorbilidades de los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Artritis	2	2,0	2,0	2,0
Artrosis	49	49,0	49,0	51,0
Otras comorbilidades relevantes	49	49,0	49,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra las Comorbilidades en los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 49.0% presentan artrosis y otras comorbilidades relevantes y el 2.0% presenta artritis.

4.1.1.3. Resultados descriptivos Kinesiofobia

Tabla 12. Kinesiofobia

Frecuencia de la kinesiofobia (puntaje total) de los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No presenta kinesiofobia	0	0,0	0,0	0,0
Presenta baja kinesiofobia	19	19,0	19,0	19,0
Presenta alta kinesiofobia	81	81,0	81,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra la Kinesiofobia (puntaje total) en los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 81.0% presenta alta kinesiofobia y el 19.0% presenta baja kinesiofobia.

Tabla 13. Evitación de la actividad

Frecuencia de la evitación de la actividad de los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo puntaje	17	17,0	17,0	17,0
Alto puntaje	83	83,0	83,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra la Evitación de la actividad en los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 83.0% presenta alto puntaje y el 17.0% presenta bajo puntaje.

Tabla 14. Enfoque somático*Frecuencia del enfoque somático de los adultos mayores*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo puntaje	18	18,0	18,0	18,0
Alto puntaje	82	82,0	82,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra el Enfoque somático en los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 82.0% presenta alto puntaje y el 18.0% presenta bajo puntaje.

4.1.1.4. Resultados descriptivos Capacidad funcional

Tabla 15. Capacidad funcional*Frecuencia de la capacidad funcional de los adultos mayores*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausencia de incapacidad	0	0,0	0,0	0,0
Incapacidad moderada	47	47,0	47,0	47,0
Incapacidad severa	53	53,0	53,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra la Capacidad en los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 53.0% presenta incapacidad severa y el 47.0% presenta incapacidad moderada.

Tabla 16. Actividades básicas*Frecuencia de las actividades básicas de los adultos mayores*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausencia de incapacidad	0	0,0	0,0	0,0
Incapacidad moderada	49	49,0	49,0	49,0
Incapacidad severa	51	51,0	51,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla, se muestra las Actividades básicas en los adultos mayores que recibieron atención en una clínica específica en Lima, 2024, donde el 51.0% presenta incapacidad severa y el 49.0% presenta incapacidad moderada.

Tabla 17. Actividades instrumentales*Frecuencia de las actividades instrumentales de los adultos mayores*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausencia de incapacidad	0	0,0	0,0	0,0
Incapacidad moderada	46	46,0	46,0	46,0
Incapacidad severa	54	54,0	54,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

En la tabla y figura anterior, se muestra las Actividades instrumentales en la Clínica De Lima, 2024, donde el 54.0% presenta incapacidad severa y el 46.0% presenta incapacidad moderada.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Prueba de normalidad:

Para determinar el tipo de prueba estadística adecuada, se evaluó la normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S), utilizando las siguientes hipótesis:

H1: Los datos de las dimensiones de la variable kinesiofobia y capacidad funcional no tienen una distribución normal (asimétrica).

H0: Los datos de las dimensiones de la variable kinesiofobia y capacidad funcional tienen una distribución normal (simétrica).

Tabla 18. Prueba de normalidad

Prueba de normalidad de las variables

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Evitación de la actividad	.180	100	.000
Enfoque somático	.212	100	.000
Kinesiofobia	.223	100	.000
Actividades básicas	.210	100	.000
Actividades instrumentales	.424	100	.000
Capacidad Funcional	.236	100	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Según la prueba, los valores de significancia obtenidos fueron menores a 0.05, lo que llevó a rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa. Esto indica que los datos no se distribuyen de manera normal, por lo que se emplearon métodos estadísticos no paramétricos.

Para el análisis, se utilizó el coeficiente Rho de Spearman, el cual mide la dirección y la fuerza de la correlación entre las variables, mostrando variaciones positivas o negativas (45).

Hipótesis General:

HG₁: Existe una relación significativa entre la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

HG₀: No existe una relación significativa entre la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024. Tabla 18. Correlaciones

Tabla 19. Correlaciones

Correlaciones entre la kinesiofobia y capacidad funcional de los adultos mayores

		Correlaciones		
			Kinesiofobia (puntaje total)	Capacidad funcional
Rho de Spearman	Kinesiofobia (puntaje total)	Coeficiente de correlación	1,000	,514**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Capacidad funcional	Coeficiente de correlación	,514**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla anterior se presenta la correlación entre kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica en Lima, 2024. El análisis muestra un nivel de significancia bilateral de 0.000, que es menor a 0.05. Esto lleva a aceptar la hipótesis alternativa, indicando una relación significativa entre ambas variables. El coeficiente de correlación, de 0.514, señala una relación positiva moderada, lo que sugiere que a mayor kinesiofobia se asocia un mayor nivel de capacidad funcional, y viceversa.

Hipótesis específicas:

HE_{1A}: Existe una relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

HE₁₀: No existe una relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

Tabla 20. Correlaciones

Correlaciones entre la kinesiofobia y las actividades básicas de los adultos mayores

		Correlaciones		
			Kinesiofobia (puntaje total)	Actividades básicas
Rho de Spearman	Kinesiofobia (puntaje total)	Coeficiente de correlación	1,000	,494**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Actividades básicas	Coeficiente de correlación	,494**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla anterior se presenta la correlación entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024. El análisis muestra un nivel de significancia bilateral de 0.000, inferior a 0.05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa, lo que indica que existe una relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades básicas. El coeficiente de correlación de 0.494 sugiere una relación positiva moderada, lo que significa que un mayor nivel de kinesiofobia está relacionado con un aumento en las actividades básicas y viceversa.

HE_{2A}: Existe una relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

HE₂₀: No existe una relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.

Tabla 21. Correlaciones

Correlaciones entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales de los adultos mayores

		Correlaciones	
		Kinesiofobia (puntaje total)	Actividades instrumentales
Rho de Spearman	Kinesiofobia (puntaje total)	1,000	,525**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	100
	Actividades instrumentales	,525**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000
		N	100

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla anterior se muestra la correlación entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024. El análisis refleja un nivel de significancia bilateral de 0.000, menor a 0.05. Como resultado, se acepta la hipótesis alternativa, lo que indica que existe una relación significativa entre kinesiofobia y actividades instrumentales. El coeficiente de correlación, que es de 0.525, sugiere una relación moderadamente positiva entre estas variables, lo que implica que un mayor nivel de kinesiofobia está asociado con un mayor nivel de actividades instrumentales, y viceversa.

4.2. Discusión de resultados

De acuerdo con el primer objetivo específico del presente trabajo, determinar las características sociodemográficas de los adultos mayores de una clínica de Lima, 2024. Los resultados descriptivos en cuanto a la edad indican que el 55.0% tiene 75 a 84 años, 30.0% de 65 a 74 años, 12.0% de menos de 65 años y el 3.0% de 85 años a más. Respecto al sexo el 68.0% son mujeres y el 32.0% son hombres. En cuanto al estado civil el 71.0% son casados, 19.0% son viudos, 9.0% son separados y el 1.0% están conviviendo. Finalmente, el nivel de educación indica que el 61.0% tienen educación universitaria, 29.0% tienen educación técnica o profesional y el 10.0% tienen educación secundaria. Estos hallazgos están respaldados por las investigaciones previas, como la de Roure et al. (12), quien encontró que una edad promedio de 86 años en los participantes, siendo el 64.2% mujeres. Gonzales y Sotomayor (17) afirman que un 40% de hombres y un 60% de mujeres, con una edad promedio de 78.04 años. Además, Huamán (18) señaló que el 60% eran mujeres, asimismo el 60% estaba casado. Alanya (19) mencionó el 87% de los participantes presentaba dependencia funcional, necesitando asistencia en sus actividades diarias, mientras que solo el 13% era independiente. La mayoría eran mujeres (63%), en el rango de 76 a 80 años (59%), casados (44%) y económicamente dependientes (78%). Herreras (20) quien señala que el 64.8% eran mujeres y el 35.2% hombres, con la mayoría (47.6%) entre 65 y 70 años.

En contraposición a estos resultados Solano (14) mencionó que demográficamente, el grupo de 61 años fue el más representado con un 21.90%, y los hombres constituyeron el 73.30% frente al 26.70% de mujeres. Entre las ocupaciones, los choferes profesionales (40%) y las amas de casa (22.40%) fueron predominantes.

Desde una perspectiva teórica, las características sociodemográficas se refieren a atributos como la edad, sexo, nivel educativo, ingresos, estado civil, ocupación, religión, tasa de natalidad y mortalidad, y el tamaño de la familia. Estas características se recopilan para cada miembro de una población (56).

Con relación al segundo objetivo específico, determinar las características clínicas de los adultos mayores de una clínica de Lima, 2024. Los resultados descriptivos en cuanto al historial de lesiones indican que el 82.0% respondieron que sí y el 18.0% respondieron que no. Respecto al historial de cirugías el 46.0% estaban sin historial de cirugías, el 16.0% recibieron cirugía de cadera y otras cirugías, el 15.0% recibieron cirugía de rodilla, el 4.0% recibieron cirugía cardiovascular u otras cirugías relevantes y el 3.0% recibieron cirugía de columna. En cuanto al uso de medicamentos el 76.0% si recibieron medicamentos y el 24.0% no recibieron medicamentos. Finalmente, las comorbilidades indica que el 49.0% presentan artrosis y otras comorbilidades relevantes y el 2.0% presenta artritis. Estos hallazgos están respaldados por las investigaciones previas, como la de Herreras (22) mencionó una correlación significativa entre kinesiofobia y edad en adultos mayores con lumbalgia crónica inespecífica. Herreras (22) afirma que el 73.3% presentaba un alto nivel de kinesiofobia. Además, que existe una importante falta de correlación entre la ejecución del gasto público y el desarrollo de los planes de acción de las agencias, ya que en la mayoría de los casos existe un nivel regular de correlación.

Desde una perspectiva teórica, las comorbilidades suelen agravar aún más la disminución de la capacidad funcional en adultos mayores. Entre las comorbilidades más significativas se incluyen la diabetes, la hipertensión, las patologías gastrointestinales y las enfermedades respiratorias crónicas. Además, factores socioeconómicos también han sido identificados como elementos que influyen en la capacidad funcional de las personas mayores (2).

Referente al tercer objetivo específico, determinar la relación entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024. Los resultados descriptivos en cuanto a la dimensión actividades básicas indican que el 51.0% presenta incapacidad severa y el 49.0% presenta incapacidad moderada. De acuerdo con el análisis inferencial se demostró que existe una relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024; a través de la prueba Rho de Spearman con un nivel de significancia bilateral de 0.000 inferior a 0.05 y un coeficiente de correlación es 0.494, reflejando una relación positiva moderada, es decir, un mayor uso de kinesiofobia está asociado con un nivel más alto de actividades básicas y viceversa.

Estos hallazgos están respaldados por las investigaciones previas, como la de Criollo (15) quien encontró que el 82.7% tenía un puntaje funcional bajo, indicando un alto riesgo de caídas. Según la escala de Tinetti, el 71% tenía riesgo de caídas y el 29% un alto riesgo. Además, el 66.6% era independiente en sus actividades diarias, mientras que el 21% tenía una dependencia moderada. Este estudio resalta la importancia de las evaluaciones funcionales en instituciones geriátricas, sugiriendo que pueden ser claves para mejorar la independencia y calidad de vida de los mayores. Huamán (18) afirman que el 23% necesitaba ayuda con escaleras y el 11% requería asistencia para caminar, comer y vestirse. En resumen, la mayoría (74%) de los adultos mayores del consultorio mostraba independencia funcional. Además, Alanya (19) mencionó el 84% necesitaba ayuda en actividades básicas de la vida diaria.

Desde una perspectiva teórica, las actividades básicas de la vida diaria también conocidas como áreas de ocupación, comprenden todas las tareas y rutinas habituales que los adultos realizan en su día a día, permitiéndoles vivir de manera autónoma y plenamente integrados en la sociedad, cumpliendo así con su papel en ella. Estas actividades se centran en el autocuidado e incluyen

acciones esenciales dirigidas a mantener la salud, que no pueden ser delegadas a terceros (40). Del mismo modo, según Quispe, et al. (41) mencionaron que estas acciones están orientadas hacia la preservación y el cuidado de la salud corporal, ejecutándose de manera automática y cotidiana. Son de vital importancia para la supervivencia de todos los seres humanos y constituyen un componente esencial de nuestra rutina diaria.

En cuanto al cuarto objetivo específico, determinar la relación entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024. Los resultados descriptivos en cuanto a la dimensión actividades instrumentales indican que el 54.0% presenta incapacidad severa y el 46.0% presenta incapacidad moderada. De acuerdo con el análisis inferencial se demostró que existe una relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024; a través de la prueba Rho de Spearman con un nivel de significancia bilateral de 0.000 inferior a 0.05 y un coeficiente de correlación es 0.525, reflejando una relación positiva moderada, es decir, un mayor uso de kinesiofobia está asociado con un nivel más alto de actividades instrumentales y viceversa.

Estos hallazgos están respaldados por las investigaciones previas, como la de Alanya (19) mencionó el 90% en actividades instrumentales. Salluca y Velásquez (21) afirman que la calidad de vida general era media (92.2%). La salud física y psicológica tenían niveles medios, mientras que las relaciones sociales eran bajas y el ambiente era alto. En capacidad funcional, el 37.5% tenía una dependencia moderada. En tareas específicas, se observaron distintos niveles de independencia y dependencia. Hubo una relación moderada entre calidad de vida y capacidad funcional, sugiriendo que una mejor capacidad funcional se asociaba con una mejor calidad de vida en los adultos mayores de esta unidad de ortogeriatría.

Desde una perspectiva teórica, las actividades instrumentales de la vida diaria: son aquellas que una persona debe realizar, además de las habilidades básicas de autocuidado, para desenvolverse de manera independiente en su hogar y comunidad. Estas actividades engloban el uso del teléfono, la gestión del transporte, las finanzas personales, la administración de medicamentos, la ejecución de tareas domésticas, el lavado de la ropa, las compras y la preparación de alimentos. Estas actividades son de naturaleza compleja, dado que involucran numerosos pasos necesarios para completar la tarea final (40). Del mismo modo, según Quispe, et al. (41) mencionaron que estas actividades están vinculadas con la capacidad de una persona para satisfacer sus propias necesidades, incluyendo la selección y preparación de alimentos, la adquisición de productos necesarios para su vida cotidiana, la realización de rituales de higiene personal, el uso de dispositivos tecnológicos, así como la gestión de sus interacciones en línea y la atención integral de su salud.

Finalmente, respecto al objetivo general del presente estudio que fue establecer la relación entre kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica en Lima, 2024. Los resultados descriptivos muestran que el 81.0% de los participantes presenta un alto nivel de kinesiofobia, mientras que el 19.0% tiene un nivel bajo. En cuanto a la capacidad funcional, el 53.0% de los participantes presenta incapacidad severa y el 47.0% incapacidad moderada. El análisis inferencial, utilizando la prueba Rho de Spearman, reveló una relación significativa entre kinesiofobia y capacidad funcional, con un nivel de significancia bilateral de 0.000 (inferior a 0.05) y un coeficiente de correlación de 0.514, lo que indica una relación positiva moderada. Esto sugiere que un mayor nivel de kinesiofobia está relacionado con una mayor incapacidad funcional, y viceversa.

Estos hallazgos coinciden con estudios previos, como el de López et al. (13), quien encontró una puntuación media de 28.07 en la dimensión de capacidad funcional del WOMAC, indicando una limitación funcional moderada, y un promedio de 35.02 en el cuestionario TSK-11, reflejando un alto nivel de kinesiofobia. No obstante, el análisis no encontró una correlación significativa entre el nivel de kinesiofobia y la capacidad funcional ($r=0.052$, $p=.752$). Por su parte Solano (14) afirman que un alto nivel de kinesiofobia fue reportado en el 80.20% de los participantes. La conclusión destacó un bajo índice de dolor en relación con la kinesiofobia en este grupo etario. Además, Gonzales y Sotomayor (17) señaló que el 60.8% de los participantes mostraba un alto nivel de kinesiofobia, siendo más prevalente en mujeres (36.15%) y en el grupo de edad de 71 a 80 años (27.69%). Herreras (20) afirma que el 73.3% presentaba un alto nivel de kinesiofobia

Desde una perspectiva teórica, la kinesiofobia se caracteriza por un temor excesivo, irracional y paralizante hacia el movimiento y la actividad física, el cual se origina a raíz de una sensación de vulnerabilidad debido a una lesión dolorosa previa o el temor a sufrir una nueva lesión (11). Asimismo, Herrera y Bravo (20) menciona que este temor al movimiento puede ser influenciado por las creencias culturales que asocian la fragilidad con el envejecimiento.

En cuanto a la capacidad funcional, se refiere a la competencia que posee una persona para llevar a cabo las Actividades de la Vida Diaria (AVD) sin requerir supervisión o asistencia, pero a medida que la funcionalidad disminuye con el envejecimiento, es posible que las personas mayores necesiten ayuda para llevar a cabo estas actividades (34). Asimismo, esta competencia o habilidad es dinámica, alcanzando su punto máximo en la juventud y disminuyendo gradualmente con el envejecimiento. Es especialmente relevante en los adultos mayores, ya que su declive se asocia con diversos problemas como caídas, pérdida de flexibilidad y control de esfínteres (33).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primera: Respecto a las características sociodemográficas de los adultos mayores atendidos en una clínica de Lima en 2024 el estudio revela que la mayoría, es decir, el 55.0%, tiene entre 75 y 84 años. Además, el 68.0% son mujeres y el 71.0% están casados. Respecto a la educación, el 61.0% posee educación universitaria.

Segunda: Dentro de las características clínicas de los adultos mayores de una clínica de Lima, 2024, el estudio demuestra que la mayoría de los adultos mayores, es decir el 82.0%, reportaron tener un historial . Un 76.0% indicó el uso de medicamentos y el 49.0% presentó artrosis como comorbilidad principal. Además, el 46.0% no tiene historial de cirugías.

Tercera: El estudio confirma que la kinesiofobia se relaciona significativamente con la realización de actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima en 2024. Con un nivel de significancia de 0.00, los resultados indican que un mayor nivel de kinesiofobia está asociado con un mayor impacto en la realización de actividades básicas.

Cuarta: El estudio identifica una relación significativa entre la kinesiofobia y la realización de actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima en 2024. La hipótesis alternativa, aceptada con un nivel de significancia de 0.00, muestra que un mayor nivel de kinesiofobia está vinculado a un aumento de dependencia en la realización de actividades instrumentales.

Quinta: El estudio concluye que existe una relación significativa entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en una clínica de Lima, 2024. La hipótesis alternativa fue aceptada con un nivel de significancia de 0.00, demostrando una correlación moderada y positiva. Esto sugiere que mayores niveles de kinesiofobia están asociados con una capacidad funcional más comprometida, indicando que el temor al movimiento puede influir en la funcionalidad de los adultos mayores.

5.2. Recomendaciones

Primera: Se recomienda implementar programas específicos que aborden la kinesiofobia mediante técnicas de terapia cognitivo-conductual (TCC) y educación sobre el manejo del dolor con la participación de un equipo multidisciplinario. Estos programas deben estar dirigidos a adultos mayores y centrarse en reducir el miedo al movimiento, lo que podría mejorar tanto su capacidad funcional como su participación en actividades diarias.

Segunda: Se recomienda fomentar la actividad física regular y adaptada a las necesidades y capacidades individuales de los adultos mayores. Esto puede incluir ejercicios de bajo impacto como yoga, tai chi y natación, que ayudan a mejorar la movilidad y reducir la kinesiofobia. Además, se deben ofrecer sesiones supervisadas por profesionales de la salud para garantizar la seguridad y efectividad de los ejercicios.

Tercera: Se recomienda realizar evaluaciones periódicas de la capacidad funcional y el nivel de kinesiofobia en los adultos mayores. Utilizar estas evaluaciones para personalizar los planes de tratamiento y seguimiento, ajustando las intervenciones según los avances o necesidades específicas de cada paciente. Esto permitirá un abordaje más efectivo y centrado en el paciente.

Cuarta: Se recomienda proveer capacitación continua a médicos, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud en el manejo de la kinesiofobia. Esto incluye la identificación temprana de síntomas, estrategias de intervención efectivas y técnicas de comunicación para apoyar a los pacientes en el manejo de su miedo al movimiento y mejorar su calidad de vida.

Quinta: Se recomienda establecer grupos de apoyo y redes sociales para adultos mayores que compartan experiencias similares. Estos grupos pueden ofrecer un espacio seguro para compartir miedos y desafíos, además de promover el intercambio de estrategias y consejos para superar la kinesiofobia. La interacción social y el apoyo mutuo pueden ser factores clave para mejorar la motivación y el compromiso con las intervenciones propuestas.

REFERENCIAS

1. Naugle K, Blythe C, Naugle N, Riley Z. Kinesiophobia Predicts Physical Function and Physical Activity Levels in Chronic Pain-Free Older Adults. *Front. Pain Res.* 2022; 3(1): p. 1-11.
2. Hernández M, Altamirano. Capacidad funcional en adultos mayores de un albergue ubicado en Lima-Sur. *Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública.* 2021; 1(1): p. 11-17.
3. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. RESUMEN DE POLÍTICAS N° IDB-PB-273. Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud.
4. Uchida K, Murata S, Rika K, Tsuboi Y, Isa T, Okumura M, et al. Association Between Kinesiophobia and Life Space Among Community-Dwelling Older People with Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Medicine.* 2020; 12(12): p. 3360–3365.
5. Díaz V, Cornejo M, Artigas J, Veliz B, Díaz C. Relación entre catastrofización, kinesiofobia, discapacidad e intensidad de dolor en pacientes con síndrome de hombro doloroso. Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física (FEADEF). 2023; 47(1): p. 926-932.
6. Ahangari A, Abdolrahmani M. Dilema de la kinesiofobia en adultos mayores: una revisión sistemática. *Atención Geriátrica.* 2020; 6(3).
7. Cafagna G, Aranco N, Ibararán P, Oliveri M, Medellín N, Stampini M. Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe : Inter- American Development Bank.; 2019.

8. Gerencia de Gestion Humana de la Clinica Ricardo Palma. Boletin informatico de la Clinica Ricardo Palma-codigo de etica. [Online].; 2021.. Disponible en:
<https://www.crp.com.pe/canal-digital/Denuncia/Codigo-Etico-y-de-Conducta.pdf>.
9. Solari DJ. Boletin informatico de la Clinica Ricardo Palma- Geriatria. [Online]; 2023. Disponible en: <https://www.crp.com.pe/noticia/importancia-de-la-actividad-fisica-en-adultos-mayores/>.
10. Elizabeth Espinoza Portilla WGQEAT. SCIELO. [Online]; 2021. Disponible en:
<https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n4/e2146/#>.
11. Pérez T, Parra Á. Fisioterapia en procesos oncológicos y quirúrgicos de cabeza y cuello. Primera edición ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences; 2023.
12. Roure R, Escobar M, Jürschik P. Capacidad funcional en personas mayores de 65 años de la Región Sanitaria de Lleida atendidas en domicilio. Revista Gerokomos. 2019; 30(2): p. 56-60.
13. López K, Couoh A, Pérez E, Tun J, Barrero C. Relación entre kinesiofobia y capacidad funcional del adulto mayor con osteoartritis de rodilla. Estudio piloto. Revista Ciencia y Humanismo en la Salud. 2021; 8(1): p. 45-55.
14. Solano K. Nivel de dolor en y su relación con la Kinesiofobia en personas de 61 a70 años en las provincias de Carchi e Imbabura. Pregrado. Ibarra: Universidad Técnica del Norte, Ibarra.
15. Criollo W. Valoración de la capacidad funcional y actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados. Revista Iberoamericana de Psicología i. 2019; 13(2): p. 67-76.

16. Moscoso G, Tibán J. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con la actividad física. Pregrado. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, AMbato.
17. Gonzales A, Sotomayor M. Nivel de kinesiofobia en adultos mayores del hospital geriátrico PNP San José, durante el 2018. Pregrado. Lima: Universidad Norbert Wiener.
18. Huamán N. Capacidad funcional del adulto mayor del consultorio de medicina general en el puesto de salud jardín Rosa de Santa María. Pregrado. Lima: Universidad Alas Peruanas, Lima.
19. Alanya J. Capacidad Funcional del Adulto Mayor que Asiste a Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán, Lima, Perú, 2019. Pregrado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Lima.
20. Herreras V, Bravo S. Asociación de características sociodemográficas y nivel de kinesiofobia en el adulto mayor con dolor lumbar inespecífico, cañete, Lima – Perú, 2019. Pregrado. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima.
21. Salluca M, Velásquez. Calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la unidad de ortogeriatría de un hospital del Callao - 2018. Pregrado. Lima: Universidad Norbet Wiener, Lima.
22. Herreras , Bravo S. Asociación de características sociodemográficas y nivel de kinesiofobia en el adulto mayor con dolor lumbar inespecífico, Cañete, Lima - Perú, 2019. Revista GICOS. 2019; 4(2): p. 43-51.
23. De la Cruz J, Camacho H. Pain, stiffness, and functional capacity associated with kinesiophobia in patients with knee osteoarthritis, Hospital Nacional Hipolito Unanue, Peru. Revista Ciencias de la Salud. 2022; 20(2): p. 1-12.

24. Esteve R, Ramírez C. Modelo de Miedo-Evitación del Dolor: evolución y nuevas propuestas. *Revista de Psicología de la Salud*. 2013; 1(1): p. 102-130.
25. Abedi M, Okhovatian F, Meymeh M, Daryabor A, Baghban A. Reliability and Validity of the Tampa Scale of Kinesiophobia Questionnaire in Individuals with Non-specific Low Back Pain. *Middle East J Rehabil Health Stud*. 2021; 8(4): p. 1-6.
26. Asociación Española de Fisioterapeutas. Abordaje fisioterápico en las Espondiloartritis. Montijo: Asociación Extremeña de Pacientes con Espondiloartritis (AEXPE).
27. Junta de Castilla y León. Cartera de Servicios de Atención Primaria Valladolid: Junta de Castilla y León; 2019.
28. Sociedad Gallega del Dolor y Cuidados Paliativos. Manual básico de dolor de la Sgador para residentes Santiago de Compostela: Enfoque Editorial SC; 2017.
29. Sánchez H, Yarlequé L, Alva L, Nuñez E, Arenas C, Matalinares M, et al. Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid 19. *Rev. Fac. Med. Hum*. 2021; 21(2): p. 346-353.
30. Díaz J, Rondón A, Clavero S, Pérez R, Martínez J, Luque A. Factores clínico-demográficos asociados al miedo-evitación en sujetos con lumbalgia crónica inespecífica en atención primaria: análisis secundario de estudio de intervención. *Elsevier*. 2019; 51(1): p. 3-10.
31. Bovaira M, García C, Calvo A, Desé J, Tortosa G, Bayarri V, et al. Actualizaciones en el abordaje terapéutico en el síndrome de dolor regional complejo. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2022; 29(1): p. 34-50.
32. Velasco M. Dolor musculoesquelético: Fibromialgia y dolor miofascial. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019; 30(6): p. 414-427.

33. Hernández M, Altamirano L. Capacidad funcional en adultos mayores de un albergue ubicado en Lima-Sur. *Revista Científica Cuidado y Salud Pública*. 2021; 1(1): p. 11-17.
34. Roure R, Escobar M, Jürschik P. Capacidad funcional en personas mayores de 65 años de la Región Sanitaria de Lleida atendidas en domicilio. *Gerokomos*. 2019; 30(2): p. 56-60.
35. Jiménez E, Fernández Z, Broche Y, León J, Rodríguez G, Rodríguez R, et al. Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión en una muestra de adultos mayores de Santa Clara. *Novedades en Población*. 2021; 17(33): p. 223-244.
36. Arroyo F, Morales M. Relación entre la edad y la capacidad funcional del adulto mayor. *Revista Salud y Cuidado*. 2022; 1(2): p. 1-10.
37. Garriga M. Evaluación de la capacidad funcional en personas mayores en terapia ocupacional. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
38. Cossio M, Sáez R, Luarte , Lee C, Gómez R. Capacidad funcional de adultos mayores según cambios estacionales. *Nutrición clínica y Dietética hospitalaria*. 2017; 37(2): p. 83-88.
39. Tercero T. Capacidad funcional de adultos mayores institucionalizados y de la comunidad, Nicaragua 2016. *Revista Científica de FAREM-Estelí*. 2021; 10(39): p. 66-81.
40. Universidad Nacional de la Plata. *Cómo mejorar la vida cotidiana*. Buenos Aires: UNLP.
41. Quispe A, Quispe M, Runzer F, Parodi J. Dependencia para realizar actividades avanzadas y tecnológicas como factor predictor de trastornos neurocognitivos en adultos mayores. *Medicina Interna de México*. 2020; 36(1): p. 21-32.
42. Organización Panamericana de la Salud. *Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud*. Suiza: OPS.

43. Marfull A. El método hipotético-deductivo de Karl Popper. [Online]; 2017. Acceso 29 de Agosto de 2023. Disponible en: <https://andreumarfull.com/2019/12/18/el-metodo-hipotetico-deductivo/>.
44. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta Primera edición. México México: McGraw- Hill Interamerica Eduación; 2018.
45. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V; 2018.
46. Arias J. Diseño Y Metodología De La Investigación. Perú.
47. Perez L, Perez R, Seca M. Metodología de la investigación científica Buenos Aires: Editorial Maipue; 2020.
48. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis Bogotá: Ediciones de la U; 2018.
49. Baena G. Metodología de la investigación México: Grupo Editorial Patria; 2017.
50. Romero H, Real J, Ordoñez J, Gavino G, Saldarriaga G. Metodología De La Investigación Quito: Edicumbre Editorial Corporativa; 2021.
51. Tipula M. KINESIOFOBIA E INCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA NEUROLÓGICA - CERFINEURO, 2021. UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.
52. León F, Tarazona D. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021. Universidad Cesar Vallejo.

53. Supo J. *Cómo validar un instrumento: La guía para validar un instrumento en 10 pasos*
Lima: Biblioteca Nacional del Perú; 2013.
54. Sotelo J, Sosa M, Carreón E. Validación del instrumento de evaluación de desempeño de un sistema de gestión de calidad en una institución de educación superior. *Rev. Iberoam. Investig. Desarro.* 2020;; p. 1-30.
55. López R, Avello R, Palmero D, Sánchez S, Quintana M. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. *Revista Cubana de Medicina Militar.* 2019;; p. 441-450.
56. Flórez N, González C. Factores sociodemográficos asociados a las preferencias de metodologías de aprendizaje. *Revista Electrónica Educare.* 2022; 26(3): p. 56-73.
57. González R, Gandoy M, Clemente M. Determinación de la situación de dependencia funcional. *Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. Gerokomos.* 2017; 28(4).

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables /Dimensiones	Metodología
<p>Problema General: ¿Cuál es la relación de la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la relación de la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024</p>	<p>Hipótesis General: Existe relación significativa entre la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024</p>	<p>Variable Independiente: kinesiofobia</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitación de la actividad ▪ Enfoque somático 	<p>Enfoque De Investigación Cuantitativo</p> <p>Nivel o Alcance de estudio Correlacional</p> <p>Diseño De Investigación</p>
<p>Problemas Secundarios</p> <p>a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores de una clínica de Lima, 2024?</p> <p>b) ¿Cuáles son las características clínicas de los adultos mayores de una clínica de Lima, 2024?</p> <p>c) ¿Cuál es la relación entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024?</p> <p>d) ¿Cuál es la relación entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024?</p>	<p>Objetivos Secundarios:</p> <p>e) Determinar las características sociodemográficas de los adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.</p> <p>f) Determinar las características clínicas de los adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.</p> <p>g) Determinar la relación entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.</p> <p>h) Determinar la relación entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.</p>	<p>Hipótesis Secundarias</p> <p>HE1a: Existe relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.</p> <p>HE1o: No existe relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades básicas en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024</p> <p>HE2a: Existe relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.</p> <p>HE2o: No existe relación significativa entre la kinesiofobia y las actividades instrumentales en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024.</p>	<p>Variable Dependiente: Capacidad funcional</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades básicas. ▪ Actividades instrumentales 	<p>No experimental</p> <p>Población:</p> <p>Muestra:</p> <p>Muestreo: probabilístico</p> <p>Técnica: Encuesta. Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Cuestionario. Ficha de análisis documental</p> <p>Técnicas De Análisis De Datos Análisis descriptivo mediante tablas de frecuencia absoluta y relativa en porcentaje. Análisis inferencial para las pruebas de hipótesis (Prueba de correlación RHO de Spearman)</p>

Anexo 2: Instrumentos

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad

- a) Menos de 65 años.
- b) 65-74 años.
- c) 75-84 años.
- d) 85 años o más.**

2. Sexo

- a) Hombre.
- b) Mujer.**

3. Estado Civil

- a) Casado/a.
- b) Soltero/a.
- c) Viudo/a.
- d) Separado/a.
- e) Conviviendo.**

4. Nivel de Educación

- a) Sin educación formal.
- b) Educación primaria.
- c) Educación secundaria.
- d) Educación técnica o profesional.
- e) Educación universitaria.**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. Historial de lesiones

- a) Si
- b) No

2. Historial de Cirugías

- a) Cirugía de rodilla.
- b) Cirugía de cadera.
- c) Cirugía de columna.
- d) Cirugía cardiovascular u otras cirugías relevantes.
- e) Otras cirugías.....
- f) Sin historial de cirugías.

3. Uso de Medicamentos

- a) Si
- b) No

4. Comorbilidades

- a) Artritis
- b) Artrosis
- c) Otras comorbilidades relevantes.....

**ESCALA DE TAMPA PARA LA KINESIOFOBIA (TAMPA SCALE OF KINESIOFOBIA,
TSK) TRADUCIDO AL ESPAÑOL**

Responda las siguientes preguntas de acuerdo con sus verdaderos sentimientos, no de acuerdo con lo que otros creen que debería creer. Califique cada afirmación desde Totalmente en desacuerdo hasta Totalmente de acuerdo marcando la casilla correspondiente.:

Nº	Ítems	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico				
2.	Si intentara superarlo, mi dolor aumentaría.				
3.	Mi cuerpo me dice que tengo algo peligrosamente mal.				
4.	Mi dolor probablemente se aliviaría si hiciera ejercicio.				
5.	La gente no está tomando mi condición médica lo suficientemente en serio.				
6.	Mi accidente ha puesto mi cuerpo en riesgo por el resto de mi vida.				
7.	El dolor siempre significa que me he lastimado el cuerpo.				
8.	El hecho de que algo agrave mi dolor no significa que sea peligroso.				
9.	Tengo miedo de lastimarme accidentalmente.				
10.	El simple hecho de tener cuidado de no hacer ningún movimiento innecesario es lo más seguro que puedo hacer para evitar que mi dolor empeore.				
11.	No tendría tanto dolor si no hubiera algo potencialmente peligroso en mi cuerpo.				

12.	Aunque mi condición es dolorosa, estaría mejor si estuviera físicamente activo.				
13.	El dolor me permite saber cuándo dejar de hacer ejercicio para no lastimarme.				
14.	Realmente no es seguro para una persona con una condición como la mía estar físicamente activa.				
15.	No puedo hacer todas las cosas que hace la gente normal porque es demasiado fácil para mí lesionarme.				
16.	Aunque algo me está causando mucho dolor, no creo que sea realmente peligroso.				
17.	Nadie debería tener que hacer ejercicio cuando tiene dolor.				

ÍNDICE DE KATZ Y ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Estimado participante, le solicitamos responder los siguientes enunciados con total sinceridad, considerando que el cuestionario es anónimo y no existen respuestas correctas ni incorrectas.

Responder de acuerdo a la siguiente escala:

0 Nunca

1 A veces

2 Siempre

Nº	ÍTEMS	0	1	2
	DIMENSIÓN ACTIVIDADES BÁSICAS			
1	Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).			
2	Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.			
3	Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.			
4	No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.			
5	Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.			
6	Precisa ayuda para ir al W.C.			
7	Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.			
8	Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos			
9	Control completo de micción y defecación.			
10	Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.			
11	Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne			
12	Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.			
	DIMENSIÓN ACTIVIDADES INSTRUMENTALES			
13	Utiliza el teléfono por iniciativa propia			
14	Es capaz de marcar bien algunos números familiares			
15	Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar			
16	No utiliza el teléfono			
17	Realiza todas las compras necesarias independientemente			
18	Realiza independientemente pequeñas compras			
19	Necesita ir acompañado para cualquier compra			
20	Totalmente incapaz de comprar			
21	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente			
22	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes			

23	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada			
24	Necesita que le preparen y sirvan las comidas			
25	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)			
26	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas			
27	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza			
28	Necesita ayuda en todas las labores de casa			
29	No participa en ninguna labor de la casa			
30	Lava por sí solo toda la ropa			
31	Lava por sí solo pequeñas prendas			
32	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro			
33	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche			
34	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte			
35	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona			
36	Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros			
37	No viaja			
38	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis adecuada			
39	Toma su medicación si la dosis es preparada previamente			
40	No es capaz de administrarse su medicación			
41	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo			
42	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos			
43	Incapaz de manejar dinero			

Anexo 3: Validez instrumento

FICHA DE VALIDACIÓN

KINESIOFOBIA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA
CLÍNICA DE LIMA, 2024

N°		Pertinacia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Variable 1: Kinesiofobia							
	Dimensión: enfoque somático y evitación de la actividad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico	X		X		X		
2	Si intentara superarlo, mi dolor aumentaría.	X		X		X		
3	Mi cuerpo me dice que tengo algo peligrosamente mal.	X		X		X		
4	Mi dolor probablemente se aliviaría si hiciera ejercicio.	X		X		X		
5	La gente no está tomando mi condición médica lo suficientemente en serio.	X		X		X		
6	Mi accidente ha puesto mi cuerpo en riesgo por el resto de mi vida.	X		X		X		
7	El dolor siempre significa que me he lastimado el cuerpo.	X		X		X		
8	El hecho de que algo agrave mi dolor no significa que sea peligroso.	X		X		X		
9	Tengo miedo de lastimarme accidentalmente.	X		X		X		
10	El simple hecho de tener cuidado de no hacer ningún movimiento innecesario es lo más seguro que puedo hacer para evitar que mi dolor empeore.	X		X		X		
11	No tendría tanto dolor si no hubiera algo potencialmente peligroso en mi cuerpo.	X		X		X		
12	Aunque mi condición es dolorosa, estaría mejor si estuviera físicamente activo.	X		X		X		
13	El dolor me permite saber cuándo dejar de hacer ejercicio para no lastimarme.	X		X		X		

14	Realmente no es seguro para una persona con una condición como la mía estar físicamente activa.	X		X		X		
15	No puedo hacer todas las cosas que hace la gente normal porque es demasiado fácil para mí lesionarme.	X		X		X		
16	Aunque algo me está causando mucho dolor, no creo que sea realmente peligroso.	X		X		X		
17	Nadie debería tener que hacer ejercicio cuando tiene dolor.	X		X		X		
	Variable 2: Capacidad funcional	Pertinacia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	Dimensión 1: Actividades básicas.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	X		X		X		
2	Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	X		X		X		
3	Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	X		X		X		
4	No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	X		X		X		
5	Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.	X		X		X		
6	Precisa ayuda para ir al W.C.	X		X		X		
7	Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	X		X		X		
8	Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos	X		X		X		
9	Control completo de micción y defecación.	X		X		X		
10	Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	X		X		X		
11	Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne	X		X		X		

12	Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	X		X		X		
	Dimensión 2: actividades instrumentales	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Utiliza el teléfono por iniciativa propia	X		X		X		
2	Es capaz de marcar bien algunos números familiares	X		X		X		
3	Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	X		X		X		
4	No utiliza el teléfono	X		X		X		
5	Realiza todas las compras necesarias independientemente	X		X		X		
6	Realiza independientemente pequeñas compras	X		X		X		
7	Necesita ir acompañado para cualquier compra	X		X		X		
8	Totalmente incapaz de comprar	X		X		X		
9	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	X		X		X		
10	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	X		X		X		
11	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	X		X		X		
12	Necesita que le preparen y sirvan las comidas	X		X		X		
13	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	X		X		X		
14	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	X		X		X		
15	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	X		X		X		
16	Necesita ayuda en todas las labores de casa	X		X		X		

17	No participa en ninguna labor de la casa	X		X		X		
18	Lava por sí solo toda la ropa	X		X		X		
19	Lava por sí solo pequeñas prendas	X		X		X		
20	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	X		X		X		
21	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	X		X		X		
22	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	X		X		X		
23	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	X		X		X		
24	Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	X		X		X		
25	No viaja	X		X		X		
26	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis adecuada	X		X		X		
27	Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	X		X		X		
28	No es capaz de administrarse su medicación	X		X		X		
29	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	X		X		X		
30	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	X		X		X		
31	Incapaz de manejar dinero	X		X		X		
Variables intervinientes		Pertinacia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Dimensión 1: Sociodemográfico		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Edad	X		X		X		
2	Sexo	X		X		X		

3	Estado civil	X		X		X		
4	Nivel de educación	X		X		X		
Dimensión 4: Clínica		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Historial de lesiones	X		X		X		
2	Historial de cirugías	X		X		X		
3	Uso de medicamentos	X		X		X		
4	Comorbilidades	X		X		X		

OBSERVACIONES (precisar si hay suficientes):

LOS INSTRUMENTOS VALIDADOS SON APLICABLES PARA LA PRESENTE INVESTIGACIÓN DE ESTUDIO.

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Chero Pisfil, Jose Felix

DNI: 32920801

Especialista de validador: Lic. en Terapia Física y Rehabilitación

09 de enero del 2024



Mg. Chero Pisfil Jose Felix
Especialista en
Terapia Manual Ortopédica
CTMP: N° 03096 - RNE N° 00129

FICHA DE VALIDACIÓN

KINESIOFOBIA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA CLÍNICA DE LIMA, 2024

N°		Pertinacia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Variable 1: Kinesiofobia							
	Dimensión: enfoque somático y evitación de la actividad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico	X		X		X		
2	Si intentara superarlo, mi dolor aumentaría.	X		X		X		
3	Mi cuerpo me dice que tengo algo peligrosamente mal.	X		X		X		
4	Mi dolor probablemente se aliviaría si hiciera ejercicio.	X		X		X		
5	La gente no está tomando mi condición médica lo suficientemente en serio.	X		X		X		
6	Mi accidente ha puesto mi cuerpo en riesgo por el resto de mi vida.	X		X		X		
7	El dolor siempre significa que me he lastimado el cuerpo.	X		X		X		
8	El hecho de que algo agrave mi dolor no significa que sea peligroso.	X		X		X		
9	Tengo miedo de lastimarme accidentalmente.	X		X		X		
10	El simple hecho de tener cuidado de no hacer ningún movimiento innecesario es lo más seguro que puedo hacer para evitar que mi dolor empeore.	X		X		X		
11	No tendría tanto dolor si no hubiera algo potencialmente peligroso en mi cuerpo.	X		X		X		
12	Aunque mi condición es dolorosa, estaría mejor si estuviera físicamente activo.	X		X		X		
13	El dolor me permite saber cuándo dejar de hacer ejercicio para no lastimarme.	X		X		X		

14	Realmente no es seguro para una persona con una condición como la mía estar físicamente activa.	X		X		X		
15	No puedo hacer todas las cosas que hace la gente normal porque es demasiado fácil para mí lesionarme.	X		X		X		
16	Aunque algo me está causando mucho dolor, no creo que sea realmente peligroso.	X		X		X		
17	Nadie debería tener que hacer ejercicio cuando tiene dolor.	X		X		X		
	Variable 2: Capacidad funcional	Pertinacia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	Dimensión 1: Actividades básicas.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	X		X		X		
2	Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	X		X		X		
3	Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	X		X		X		
4	No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	X		X		X		
5	Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.	X		X		X		
6	Precisa ayuda para ir al W.C.	X		X		X		
7	Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	X		X		X		
8	Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos	X		X		X		
9	Control completo de micción y defecación.	X		X		X		
10	Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	X		X		X		
11	Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne	X		X		X		

12	Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	X		X		X		
	Dimensión 2: actividades instrumentales	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Utiliza el teléfono por iniciativa propia	X		X		X		
2	Es capaz de marcar bien algunos números familiares	X		X		X		
3	Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	X		X		X		
4	No utiliza el teléfono	X		X		X		
5	Realiza todas las compras necesarias independientemente	X		X		X		
6	Realiza independientemente pequeñas compras	X		X		X		
7	Necesita ir acompañado para cualquier compra	X		X		X		
8	Totalmente incapaz de comprar	X		X		X		
9	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	X		X		X		
10	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	X		X		X		
11	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	X		X		X		
12	Necesita que le preparen y sirvan las comidas	X		X		X		
13	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	X		X		X		
14	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	X		X		X		
15	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	X		X		X		
16	Necesita ayuda en todas las labores de casa	X		X		X		

17	No participa en ninguna labor de la casa	X		X		X		
18	Lava por sí solo toda la ropa	X		X		X		
19	Lava por sí solo pequeñas prendas	X		X		X		
20	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	X		X		X		
21	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	X		X		X		
22	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	X		X		X		
23	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	X		X		X		
24	Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	X		X		X		
25	No viaja	X		X		X		
26	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis adecuada	X		X		X		
27	Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	X		X		X		
28	No es capaz de administrarse su medicación	X		X		X		
29	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	X		X		X		
30	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	X		X		X		
31	Incapaz de manejar dinero	X		X		X		
Variables intervinientes		Pertinacia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Dimensión 1: Sociodemográfico		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Edad	X		X		X		
2	Sexo	X		X		X		

3	Estado civil	X		X		X		
4	Nivel de educación	X		X		X		
Dimensión 4: Clínica		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Historial de lesiones	X		X		X		
2	Historial de cirugías	X		X		X		
3	Uso de medicamentos	X		X		X		
4	Comorbilidades	X		X		X		

OBSERVACIONES (precisar si hay suficiencia):

Los instrumentos están en condiciones favorables para ser aplicado en su estudio.

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. LUIS YSMAEL CUYA CHUMPITAZ

DNI: 08843049

Especialidad del validador: Fisioterapeuta especialista en terapia manual

29 de enero. del 2024



Firma del experto Informante

FICHA DE VALIDACIÓN

KINESIOFOBIA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA CLÍNICA DE LIMA, 2024

N°		Pertinacia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Variable 1: Kinesiofobia							
	Dimensión: enfoque somático y evitación de la actividad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico	X		X		X		
2	Si intentara superarlo, mi dolor aumentaría.	X		X		X		
3	Mi cuerpo me dice que tengo algo peligrosamente mal.	X		X		X		
4	Mi dolor probablemente se aliviaría si hiciera ejercicio.	X		X		X		
5	La gente no está tomando mi condición médica lo suficientemente en serio.	X		X		X		
6	Mi accidente ha puesto mi cuerpo en riesgo por el resto de mi vida.	X		X		X		
7	El dolor siempre significa que me he lastimado el cuerpo.	X		X		X		
8	El hecho de que algo agrave mi dolor no significa que sea peligroso.	X		X		X		
9	Tengo miedo de lastimarme accidentalmente.	X		X		X		
10	El simple hecho de tener cuidado de no hacer ningún movimiento innecesario es lo más seguro que puedo hacer para evitar que mi dolor empeore.	X		X		X		
11	No tendría tanto dolor si no hubiera algo potencialmente peligroso en mi cuerpo.	X		X		X		
12	Aunque mi condición es dolorosa, estaría mejor si estuviera físicamente activo.	X		X		X		
13	El dolor me permite saber cuándo dejar de hacer ejercicio para no lastimarme.	X		X		X		

14	Realmente no es seguro para una persona con una condición como la mía estar físicamente activa.	X		X		X		
15	No puedo hacer todas las cosas que hace la gente normal porque es demasiado fácil para mí lesionarme.	X		X		X		
16	Aunque algo me está causando mucho dolor, no creo que sea realmente peligroso.	X		X		X		
17	Nadie debería tener que hacer ejercicio cuando tiene dolor.	X		X		X		
	Variable 2: Capacidad funcional	Pertinacia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	Dimensión 1: Actividades básicas.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	X		X		X		
2	Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	X		X		X		
3	Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	X		X		X		
4	No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	X		X		X		
5	Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.	X		X		X		
6	Precisa ayuda para ir al W.C.	X		X		X		
7	Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	X		X		X		
8	Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos	X		X		X		
9	Control completo de micción y defecación.	X		X		X		
10	Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	X		X		X		
11	Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne	X		X		X		

12	Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	X		X		X		
	Dimensión 2: actividades instrumentales	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Utiliza el teléfono por iniciativa propia	X		X		X		
2	Es capaz de marcar bien algunos números familiares	X		X		X		
3	Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	X		X		X		
4	No utiliza el teléfono	X		X		X		
5	Realiza todas las compras necesarias independientemente	X		X		X		
6	Realiza independientemente pequeñas compras	X		X		X		
7	Necesita ir acompañado para cualquier compra	X		X		X		
8	Totalmente incapaz de comprar	X		X		X		
9	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	X		X		X		
10	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	X		X		X		
11	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	X		X		X		
12	Necesita que le preparen y sirvan las comidas	X		X		X		
13	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	X		X		X		
14	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	X		X		X		
15	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	X		X		X		
16	Necesita ayuda en todas las labores de casa	X		X		X		

17	No participa en ninguna labor de la casa	X		X		X		
18	Lava por sí solo toda la ropa	X		X		X		
19	Lava por sí solo pequeñas prendas	X		X		X		
20	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	X		X		X		
21	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	X		X		X		
22	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	X		X		X		
23	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	X		X		X		
24	Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	X		X		X		
25	No viaja	X		X		X		
26	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis adecuada	X		X		X		
27	Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	X		X		X		
28	No es capaz de administrarse su medicación	X		X		X		
29	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	X		X		X		
30	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	X		X		X		
31	Incapaz de manejar dinero	X		X		X		
Variables intervinientes		Pertinacia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
Dimensión 1: Sociodemográfico		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Edad	X		X		X		
2	Sexo	X		X		X		

3	Estado civil	X		X		X		
4	Nivel de educación	X		X		X		
	Dimensión 4: Clínica	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Historial de lesiones	X		X		X		
2	Historial de cirugías	X		X		X		
3	Uso de medicamentos	X		X		X		
4	Comorbilidades	X		X		X		

OBSERVACIONES (precisar si hay suficiencia):

SIN OBSERVACIONES

INSTRUMENTOS VALIDOS.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg:

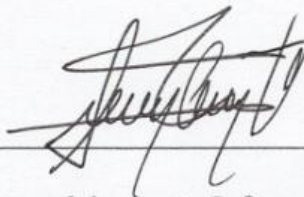
TERRAZAS ANTAQUISE, PERCY

DNI: 40444944

Especialista de validador

ESPECIALISTA EN TERAPIA MANUAL ORTOPEDICA

02 de enero del 2024



Firma del experto Informante

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	98	98,0
	Excluido ^a	2	2,0
	Total	100	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,864	17

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	97	97,0
	Excluido ^a	3	3,0
	Total	100	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,855	43

Anexo 5: Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 08 abril de 2024

Investigador(a)
Libia Sofia Ramirez Quispe
Exp. N°: 0171-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEI-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: **"KINESIOFOBIA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA CLÍNICA DE LIMA, 2024" Versión 01 con fecha 19/03/2024.**
- Formulario de Consentimiento Informado **Versión 01 con fecha 19/03/2024.**

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Libia Sofia Ramirez Quispe.

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

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

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

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

Atentamente,



Raul Antonio Rojas Ortega
Presidente
Comité Institucional de Ética para la Investigación
UPNW

Anexo 6. Formato de consentimiento informado

Título del Estudio: KINESIOFOBIA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA CLÍNICA DE LIMA, 2024

Bachiller: Ramirez Quispe, Libia Sofia

Objetivo del estudio: El propósito de este estudio es determinar la relación de la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024. Los datos recopilados serán utilizados únicamente con fines de investigación científica.

Propósito del Estudio:

Lo invitamos a participar del presente estudio, el cual es desarrollado por el estudiante de pregrado de la Universidad Privada Norbert Wiener. La misma que se desarrollará con la finalidad determinar la relación de la kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima, 2024. Los datos recopilados serán utilizados únicamente con fines de investigación científica y a partir de los resultados, actuar sobre la toma de conciencia y la importancia de actuar sobre la prevención de dichas alteraciones, sobre todo durante la permanencia en el centro de laboral.

Procedimientos:

Si usted acepta participar del presente estudio, se procederá la entrega de dos cuestionarios de preguntas, los mismos que deberá de llenar con la mayor sinceridad posible, esta información nos brindará datos específicos de la sintomatología musculoesquelética que actualmente presenta por el estilo de vida durante esta etapa, al final se les brindará información de la observación realizada.

Costos e incentivos:

Por su participación en el estudio, usted no tendrá que realizar ningún tipo de pago, al igual que tampoco recibirá ningún tipo de incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en el desarrollo de un sistema que ayudará a la prevención de lesiones musculoesqueléticas en las familias.

Confidencialidad:

La investigadora guardara la información con códigos, y no se relacionarán sus opiniones con su persona. Si los resultados de este seguimiento son publicados, le garantizamos no se mostrará ninguna información que permita la

identificación de las personas que participen en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona al estudio sin su consentimiento.

Derechos del participante:

Si usted decide participar del estudio, debe saber que puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin prejuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Bachiller. Tel:

Acepto voluntariamente participar del presente estudio, comprendo el mismo, así como los beneficios a los que será sometido. También comprendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, si así lo deseo.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización del mismo.

Firma del participante

Nombre del participante

Nombre del investigador

Firma del investigador

Fecha ____ / ____ / ____

Hora: _____

Anexo 7: Aprobación de la institución para la recolección de datos



Lima, 29 de junio del 2024

CARTA N° 002-06-2024-UPNW-EAPTM

Dr. AUGUSTO RUIZ PALOMINO
GERENTE GRUPO SERVICIOS MEDICOS ARCA SAC
CLINICA RICARDO PALMA SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION,

Presente.-

De mi consideración:

Es grato saludarlo en calidad de Directora de la EAP de TM-Terapia Física y Rehabilitación y solicitarle a usted la autorización para que la Bachiller *Sofía Ramírez Quispe* con código **2020102472**, quien es egresado de la carrera de Terapia Física y Rehabilitación de la EAP. Tecnología Médica de esta casa de estudios, para realizar la recolección de datos y la ejecución de la tesis titulada: "*Kinesiofobia y capacidad funcional en adultos mayores de una clínica de Lima-2024*".

Brindamos los datos de contacto en la escuela para cualquier consulta:

DTC Responsable de Titulación Mg. Jose Antonio Melgarejo Valverde
jose.melgarejo@uwiener.edu.pe

Agradeciendo de antemano la atención prestada, me despido reiterándole las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Mg. Rosmy Gagliuffi Artica
DIRECTORA EAP-TM TERAPIA FISICA



Anexo 8: Reporte de similitud de Turnitin

Similarity Report

17% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 14% Internet database
- 3% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 13% Submitted Works database

TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	repositorio.ucv.edu.pe Internet	1%
3	revista.medicina.uady.mx Internet	<1%
4	hdl.handle.net Internet	<1%
5	Universidad Wiener on 2024-08-11 Submitted works	<1%
6	coursehero.com Internet	<1%
7	repositorio.unapiquitos.edu.pe Internet	<1%
8	Universidad Andina del Cusco on 2024-02-29 Submitted works	<1%

● 17% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 14% Internet database
- 3% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 13% Submitted Works database

TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	repositorio.ucv.edu.pe Internet	1%
3	revista.medicina.uady.mx Internet	<1%
4	hdl.handle.net Internet	<1%
5	Universidad Wiener on 2024-08-11 Submitted works	<1%
6	coursehero.com Internet	<1%
7	repositorio.unapiquitos.edu.pe Internet	<1%
8	Universidad Andina del Cusco on 2024-02-29 Submitted works	<1%