



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



**HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA
EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA
TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES
MÉDICAS, JULIACA 2025**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. YERSON YOEL MENDOZA LARICO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA

ESPECIALIDAD: TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

JULIACA – PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA
EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA
TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES
MÉDICAS, JULIACA 2025**

TESIS PRESENTADO POR:

Bach. YERSON YOEL MENDOZA LARICO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA

ESPECIALIDAD: TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:

Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

PRIMER MIEMBRO

:

Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

SEGUNDO MIEMBRO

:

M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

ASESOR DE TESIS

:

Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: SALUD PÚBLICA P11



RESOLUCIÓN DECANAL N° 1419 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 22 de Diciembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 12448 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN** del bachiller: **MENDOZA LARICO YERSON YOEL** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
- * **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

- * **Asesor (a)** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : MARTES 23 DE DICIEMBRE DEL 2025
HORA : 14:30 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Veterinaria y Zootecnia y la **Comisión de Grados y Títulos** de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)



TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 10125 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 13 de noviembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 11490-2025 de fecha 11 de noviembre del 2025, presentado por la Bachiller: **MENDOZA LARICO YERSON YOEL** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025** Por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Tecnología Médica

CONSIDERANDO:

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
- * **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

- * **Asesor (a)** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el INFORME FINAL de INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS) para la REVISION de SIMILITUD TURNITIN., presentado por el (la) bachiller : **MENDOZA LARICO YERSON YOEL** para optar el título profesional de **LICENCIADO (A) EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN** con el tema titulado **HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025** correspondiente a la línea de investigación **SALUD PÚBLICA**

* ARTICULO SEGUNDO.- RATIFICAR como **ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN** a la :
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

* ARTICULO TERCERO.- DISPONER que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaria Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.

Distribución: interesado Archivo.





UNIVERSIDAD ANDINA

"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"



VICERRECTORADO DE
INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 436 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 10 de junio del 2025

VISTOS:

El Informe N° 040 -2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 05 de junio de la E.P, de Tecnología Médica a folio 000098;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **MENDOZA LARICO YERSON YOEL** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD PÚBLICA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

* Presidente :	Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
* 1er. Miembro :	Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
* 2do. Miembro :	Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
*	

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 688-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **MENDOZA LARICO YERSON YOEL** para optar el Título Profesional de **LICENCIADO (A) EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN** titulado: **HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** a l(la) Docente Ordinario (a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP: ENF Secretaria Académica, Archivo.



HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Andina Nestor
Caceres Velasquez

Trabajo del estudiante

12%

2

repositorio.continental.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.uancv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.unsaac.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

6

alicia.concytec.gob.pe

Fuente de Internet

<1%

7

Submitted to Universidad Privada San Juan
Bautista

Trabajo del estudiante

<1%



Metadatos complementarios - UANCV

Título de la tesis	
HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	YERSON YOEL MENDOZA LARICO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73951080
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0001-2534-9239
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - P11
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES JULIACA País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Coordenadas Latitud: -15.4982624 Longitud: -70.1305570 URL Maps https://maps.app.goo.gl/TCucFnR929w6wcDj6 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Junio 2025 – Diciembre 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html Librería	Tecnología médica de laboratorio (análisis de muestras, tecnologías para el diagnóstico) https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#2.06.02 Salud Pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05 Cuidado crítico y de emergencia https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.08



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD


Dra. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAJAMARCA



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo YERSON YOEL MENDOZA LARICO, identificado con DNI
Nro. 73951080, en mi condición de egresado de:

- ☒ Escuela Profesional
☐ Programa de Segunda Especialidad,
☐ Programa de Maestría o Doctorado

TECNOLOGÍA MÉDICA

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico
denominada:

HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE
30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES
MÉDICAS, JULIACA 2025

Asesorado por: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Es un tema original.

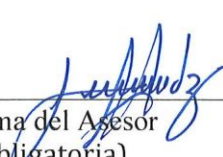
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 30 de DICIEMBRE del 2025


Firma del Asesor
(obligatoria)


Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A mis padres Alfredo Raul Mendoza Larico y
Yani Larico Yucra, personas maravillosas que
con sus consejos y sabiduría supieron
encaminarme en la culminación de mis
proyectos.

A mis hermanos Brayan, Katia, María, por su
amor y apoyo incondicional.



AGRADECIMIENTO

A mis docentes y asesores, quienes con su conocimiento y orientación hicieron posible el desarrollo de esta investigación.

A mis compañeros y amigos, por su compañía y motivación en el proceso.

Finalmente, a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron a la realización de este trabajo, mi más sincera gratitud.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Problema principal.....	3
1.1.2. Problemas específicos	3
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.2.1. Justificación Teórica.....	3
1.2.2. Justificación practica	4
1.2.3. Justificación metodológica.....	4
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. HIPÓTESIS.....	5
1.4.1. Hipótesis general.....	5



1.4.2. Hipótesis específicas	5
1.5. VARIABLES	6
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	7

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.1.1. A Nivel Internacional	8
2.1.2. A nivel nacional	13
2.1.3. A nivel local	18
2.2. MARCO TEÓRICO	24
2.3. MARCO CONCEPTUAL	34

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	36
3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN	36
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	36
3.4.1. Población.....	36
3.4.2. Muestra	37
3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.	38
3.5.1. Técnicas	38
3.5.2. Instrumentos	38
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	39



3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	39
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	39
3.8.1. Validez	39
3.8.2. Confiabilidad.....	40

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	75
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	76
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	81
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	83
ANEXO 4: INSTRUMENTO.....	84
ANEXO 5: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	88
ANEXO 6. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN	94



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Relación de la presencia del dolor lumbar y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	41
Tabla 2.	Relación de la irradiación del dolor lumbar y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	44
Tabla 3.	Relación del déficit motor y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	47
Tabla 4.	Relación del tiempo del dolor y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	50
Tabla 5.	Relación de la interferencia con actividades físicas y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	53
Tabla 6.	Relación de la interferencia con el sueño y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	56
Tabla 7.	Relación de la interferencia con sus ocupaciones y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	59
Tabla 8.	Relación de la interferencia con sus ocupaciones y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	62
Tabla 9.	La kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	65



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación de la presencia del dolor lumbar y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	42
Figura 2. Relación de la irradiación del dolor lumbar y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	45
Figura 3. Relación del déficit motor y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	48
Figura 4. Relación del tiempo del dolor y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	51
Figura 5. Relación de la interferencia con actividades físicas y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	54
Figura 6. Relación de la interferencia con el sueño y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	57
Figura 7. Relación de la interferencia con sus ocupaciones y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	60
Figura 8. Relación de la interferencia con sus ocupaciones y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	63
Figura 9. La kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, juliaca 2025	65



RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación que existe entre Hernia de disco lumbar y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca 2025. **Material y métodos:** Estudio de tipo básico de nivel correlacional con un diseño no experimental transversal, de enfoque cuantitativo. Donde se usó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario. La muestra estuvo conformada por 120 pacientes. **Resultados:** Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la sintomatología, la limitación funcional y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años atendidos en la clínica traumatológica. El 99.1% de los participantes presentó dolor lumbar ($p = 0.002$), el 53.3% refirió irradiación hacia los glúteos ($p = 0.000$), el 58.3% manifestó poder caminar con dificultad ($p = 0.000$) y el 61.6% señaló haber padecido dolor durante varios años ($p = 0.000$). Respecto a la interferencia en la funcionalidad, el 82.5% indicó afectación en sus actividades, el 33.4% molestias mínimas en el sueño, el 79.2% limitación en sus ocupaciones y el 71.6% dificultad para subir al transporte público ($p = 0.000$). Finalmente, según el test de Tampa, el 60% presentó un nivel moderado de kinesiofobia y el 20.8% un nivel alto, respaldando la aceptación de la hipótesis planteada. **Conclusiones:** La hernia de disco lumbar se asocia significativamente con la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años, siendo la sintomatología y las limitaciones funcionales los factores predominantes, lo que resalta la necesidad de programas de rehabilitación integrales para mejorar la funcionalidad y calidad de vida.

Palabras clave: Adultos de 30 a 50 años, disco lumbar, hernia y kinesiofobia.



ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between lumbar disc herniation and kinesiophobia in adults aged 30 to 50 years attending a trauma and medical specialty clinic in Juliaca 2025. **Materials and methods:** A basic correlational study with a non-experimental, cross-sectional design and a quantitative approach. The survey technique was used, with a questionnaire as an instrument. The sample consisted of 120 patients. **Results:** A statistically significant association was identified between symptoms, functional limitations, and kinesiophobia in adults aged 30 to 50 years attending a trauma clinic. 99.1% of participants presented lower back pain ($p = 0.002$), 53.3% reported pain radiating to the buttocks ($p = 0.000$), 58.3% reported difficulty walking ($p = 0.000$), and 61.6% reported having suffered from pain for several years ($p = 0.000$). Regarding interference with functionality, 82.5% reported impairment in their activities, 33.4% minimal sleep disturbance, 79.2% limitation in their occupations, and 71.6% difficulty boarding public transportation ($p = 0.000$). Finally, according to the Tampa test, 60% presented a moderate level of kinesiophobia and 20.8% a high level, supporting the acceptance of the proposed hypothesis. **Conclusions:** Lumbar disc herniation is significantly associated with kinesiophobia in adults aged 30 to 50 years, with symptoms and functional limitations being the predominant factors. This highlights the need for comprehensive rehabilitation programs to improve functionality and quality of life.

Keywords: Adults aged 30 to 50 years, lumbar disc herniation, and kinesiophobia.



INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar crónico se transformándose en una condición de gran impacto que afecta a un vasto segmento de la población. Representa, además, un factor importante de limitación en las capacidades físicas y genera un significativo ausentismo laboral. Las proyecciones indican que entre la mitad y las cuatro quintas partes de la población mundial experimentarán episodios de dolor dorsolumbar en algún momento de su vida, lo que convierte a esta patología en una fuente de gran carga económica tanto para las instituciones médicas como para la sociedad en general.

Un aspecto mental crucial que dificulta el manejo clínico del dolor lumbar crónico es la fobia al movimiento. Esta se define como un temor desproporcionado, ilógico y discapacitante ante la realización de movimientos corporales, originado por el miedo a experimentar dolor o a sufrir una recaída traumática. La prevalencia de esta condición en personas con dolor lumbar persistente varía entre el 50% y el 70% a nivel mundial. Esta aversión no solo afecta la percepción del dolor, sino que también fomenta el abandono de la actividad física, lo que lleva a una atrofia muscular progresiva, una disminución en el rendimiento funcional y un deterioro considerable en la salud general del individuo.(1)

En la indagación ejecutada se llegó a una estructuración de se compone del siguiente orden: Capítulo I: aspectos generales, como formulación del problema, justificación, objetivos, hipótesis y variables. Capítulo II: Marco teórico, antecedentes y marco conceptual. Capítulo III. Metodología de la investigación Capítulo IV: Resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones y anexos.



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel internacional

En el panorama internacional, la lumbalgia de naturaleza prolongada figura entre las afecciones osteomusculares con mayor índice de ocurrencia, estableciéndose a su vez como uno de los factores preponderantes de discapacidad funcional a dimensión global. Las proyecciones indican que entre seis y ocho de cada diez personas en edad adulta padecerá alguna manifestación de sintomatología lumbar en algún momento de su trayectoria vital. (3).

El desplazamiento del tegido discal en la región baja de la espalda constituye uno de los orígenes más frecuentes de esta afección, manifestándose con mayor frecuencia en individuos situados en el rango de edad de 30 a 50 años. Similarmente, el miedo al movimiento, conceptualizado como el recelo o pavor irracional hacia la actividad física frente a la anticipación de sufrimiento o de una posible lesión, se evidencia con elevada proporción en sujetos aquejados de lumbago de larga duración, comprometiendo significativamente las intervenciones de recuperación funcional y deteriorando sustancialmente su bienestar y rendimiento cotidiano (3).



A nivel nacional

En Perú, el dolor lumbar se muestra como uno de los pilares que son fundamentales en generar las dolencias y la necesidad de muchos individuos para que reciban atenciones de sanidad local y representa una carga significativa para el sistema sanitario. Estudios recientes han mostrado una elevada y considerable incidencia de fobia cinética en personas con dolor de espalda baja prolongado. Por ejemplo, si se ejecuta una exploración llevada a cabo en una clínica especializada en terapia física de Lima constató que poco más de la mitad de los individuos analizados mostraban un grado intenso de aversión al movimiento, condición que observó mayor incidencia en el segmento poblacional de 35 a 45 años, definiéndose así como un hallazgo significativo en tal población atendida (4)

A nivel local

En Juliaca, perteneciente a la región Puno, se ha constatado un aumento progresivo en la incidencia de hernia discal lumbar, particularmente en la población adulta comprendida entre los treinta y cincuenta años, evidenciando una tendencia ascendente de esta patología en el contexto local. Sin embargo, no se cuenta con estudios específicos que aborden la prevalencia de la kinesiofobia en esta población. La falta de datos locales dificulta la implementación de tratamientos multidimensionales que consideren de forma conjunta los elementos físicos y mentales implicados en el proceso de recuperación, asegurando así un manejo global y operativo del individuo (5)



1.1.1. Problema principal

PG. ¿Qué relación existe entre Hernia de disco lumbar y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca 2025?

1.1.2. Problemas específicos

PE 1. ¿Qué relación existe entre la sintomatología y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca?

PE 2. ¿Qué relación existe entre la limitación funcional y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca?

PE 3. ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia según el test de Tampa en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca?

1.2. JUSTIFICACIÓN

1.2.1. Justificación Teórica

La asociación entre el desplazamiento del disco lumbar y la fobia cinética ha constituido materia de profundas investigaciones académicas, enfatizándose su efecto preponderante sobre el desempeño motor y el estado de salud holístico de las personas afectadas. Tomando en cuenta esta perspectiva donde la teoría sobre la kinesiofobia resalta cómo el dolor crónico, como el que experimentan los pacientes con hernia de disco lumbar, puede generar un miedo intenso a realizar movimientos que se asocian con el dolor. Este estudio contribuyó a la comprensión teórica al confirmar que el dolor lumbar,

incluso en sus diversas intensidades, está fuertemente relacionado con la aparición de kinesiofobia, lo que implica una disminución en la funcionalidad del paciente.

1.2.2. Justificación practica

La indagación presente procurará sensibilizar al personal sanitario, en especial a los fisioterapeutas, mediante la incorporación de enfoques innovadores dentro de los protocolos de valoración clínica aplicados a pacientes con lumbalgia inespecífica, con el propósito de optimizar las estrategias de intervención fisioterapéutica y favorecer una atención más integral y eficiente.

1.2.3. Justificación metodológica

La metodología utilizada, basada en encuestas y cuestionarios estructurados, permitió obtener datos precisos y confiables concerniente a la vinculación mutua entre el dolor en la región lumbar y la fobia cinética. La aplicación de la evaluación conforme a Chi-cuadrado facilitó asegurar la solidez procedimental y la confiabilidad que se revelan de los descubrimientos, conformando así un cimiento consistente para la elaboración de futuros trabajos investigativos y el mejoramiento de las estrategias terapéuticas en el contexto rehabilitador.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

OG. Analizar la relación que existe entre Hernia de disco lumbar y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca 2025



1.3.2. Objetivos específicos

OE 1. Describir la relación que existe entre la sintomatología y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca

OE 2. Identificar la relación que existe entre la limitación funcional y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca

OE 3. Evaluar el nivel de kinesiofobia según el test de Tampa en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

HG. – Existe una relación significativa entre Hernia de disco lumbar y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca 2025

1.4.2. Hipótesis específicas

HE 1. Existe una relación significativa entre la sintomatología y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca.

HE 2. Existe una relación significativa entre la limitación funcional y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca.



HE 3. El nivel de kinesiophobia según el test de Tampa es moderado en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca

1.5. VARIABLES

Variable 1: Hernia de disco lumbar

Variable 2: Kinesiophobia



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS
Variable 1 Hernia de disco lumbar	1.1. Sintomatología	1.1.1. Presencia del dolor lumbar	a) Si b) No
		1.1.2. Irradiación del dolor lumbar	a) Sin irradiación b) Irradiado a los glúteos c) Irradiado a la rodilla d) Irradiado a la pantorrilla e) Irradiación con pérdida de fuerza
		1.1.3. Déficit motor (dificultad para caminar o mover una pierna)	a) No presenta debilidad b) Puede caminar, pero con alguna dificultad c) Necesita apoyo como de bastón, o persona
		1.1.4. Tiempo del dolor	a) Días b) Semanas c) Años
	1.2. Limitación funcional	1.2.1. Interferencia con actividades físicas (caminar, sentarse, levantarse)	a) Si b) No
		1.2.2. Interferencia con el sueño	a) Molestias mínimas b) Duerme casi igual c) Despierta algunas veces por el dolor d) No puede dormir, despierta con frecuencia
		1.2.3. Interferencia con sus ocupaciones	a) Si b) No
		1.2.4. Limitación del uso de transporte	a) Para manejar b) Para subir al transporte público c) Ninguno
Variable 2 Kinesiofobia	2.1. Test de Tampa de Kinesiofobia	a) Bajo nivel de kinesiofobia b) Moderado nivel de kinesiofobia c) Alto nivel de kinesiofobia	11 – 22 puntos 23 – 33 puntos 34 – 44 puntos



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A Nivel Internacional

Gonzales, et al. (6) Investigación titulada, “Alteraciones del equilibrio y efectos del entrenamiento de la fuerza en el equilibrio del adulto mayor, Universidad Autónoma de Madrid, España, 2021” Objetivo: Efectuar un análisis cuantitativo posturográfico dirigido a establecer la mejora del control postural posterior a una estrategia de intervención mediante ejercicios organizados en un protocolo de desarrollo de fuerza y resistencia muscular, posibilitando así la medición objetiva de las modificaciones funcionales resultantes del procedimiento terapéutico. Procedimiento metodológico: Se vio como pertinente el reclutamiento de individuos que son 15 sujetos que pasan los 60 años donde se componían de 13 féminas y 2 varones como unidad de muestra donde la evaluación posee un algún vínculo entre variantes con una estructuración de forma cualitativa donde se emplea un tratamiento por medio de actividades conforme a el movimiento físico. Resultados: Se observaron modificaciones estadísticamente relevantes entre las duplas de indicadores antes y después de la intervención, particularmente en estos escenarios: base rígida con percepción visual



(FirmOA: 0,018), base rígida sin percepción visual (FirmOC: 0,025), soporte blando sin percepción visual (FoamOC: 0,004), componente rígido integrado (FirmComp: 0,006) y velocidad promedio de desplazamiento integrado (MVLcomp: 0,001). Paralelamente, se hallaron diferencias notables vinculadas a incrementos positivos en el soporte blando con percepción visual (FoamOA: 0,003). En lo concerniente al cuestionario TSK-11SV, los datos alcanzados mostraron índices disminuidos de fobia cinética, reportándose una medición basal de $23,00 \pm 5,74$ y un avance postterapéutico de $15,26 \pm 10,33$, lo que evidencia una atenuación clínicamente pertinente de la aversión al movimiento subsecuente al proceso rehabilitador. Conclusiones: Puede afirmarse que el tratamiento fundamentado en actividades de potenciación y resistencia del tejido muscular genera impactos directos y considerables sobre la mejora del equilibrio postural en individuos de edad adulta mayor, repercutiendo especialmente en la efectividad de los mecanismos sensoriales y en la rapidez de las reacciones motrices dentro de los límites funcionales de estabilidad física.

Ricaurte, et al. (7) investigación de tesis “Rehabilitación Fisioterapéutica para la Kinesiofobia en Adultos Mayores Post-Caída: Un Estudio de Caso, Ecuador 2024”. Objetivo: se examinó la efectividad de un programa de recuperación fisioterapéutica de carácter integral dirigido a la reducción del miedo al movimiento en personas de edad avanzada subsecuente a un evento de caída, con la finalidad de evaluar su repercusión en la restauración funcional y reintegración motora de dicho colectivo. Procedimiento metodológico: vio por conveniente la aplicación de las variantes en 60 sujetos que eran mayores con una media de 72.4 en edad



donde la pesquisa revela que se vio una estructuración de manera cuantitativa para la ejecución no se requirió la manipulación de alguna variante causal. Resultados: Se evidenció una disminución estadísticamente relevante en los índices de miedo al movimiento ($p < 0.001$), acompañada de incrementos notables en las dimensiones física y psicológica del bienestar general de un p menor a 0.001. Las evaluaciones de capacidad funcional revelaron progresos sustanciales en la capacidad de desplazamiento y estabilidad postural con un p menor al 0.001. Los beneficios observados persistieron al cabo de tres meses de observación. La investigación apunta a que una estrategia terapéutica combinada resulta eficaz para disminuir el temor al movimiento y potenciar el bienestar en población adulta mayor, con repercusiones relevantes para el ejercicio profesional e indagaciones posteriores. Conclusión: Tales hallazgos son congruentes con investigaciones previas que han examinado la efectividad de estrategias combinadas en el tratamiento del dolor persistente y la disminución del miedo al movimiento, respaldando la pertinencia de esta modalidad de intervención en el ámbito de la rehabilitación.

Miramont. (8) investigación de tesis “Kinesiofobia y sus factores de riesgo en adultos mayores de 60 a 90 años postquirúrgicos de reemplazo total de cadera Mar de la Plata 2021”. Objetivo: Examinar si se encuentra alguna existencia del miedo al movimiento y los elementos predisponentes en sujetos que conforman los rangos de entre 60 y 90 posterior a cirugía de artroplastia. Procedimiento metodológico: la pesquisa revelada se procedió con la formulación de una naturaleza descriptiva sin la manipulación deliberada de una variante causal con una estructuración de

forma cualitativa con una medida de una sola medición. Resultados: Del examen de la información recopilada emergió que seis de cada diez participantes eran mujeres, representando los varones el 40% restante. La media de edad se situó en 70 años, dentro de un intervalo de 60 a 90 años. Se detectó una relación directa entre incremento etario y presencia de temor al movimiento. De quince personas mayores estudiadas, una sola no mostró aprensión alguna en la evaluación de Tampa, en contraste con catorce casos que expresaron diferentes intensidades de miedo. Adicionalmente, la gran proporción de evaluados comunicó una percepción satisfactoria del tratamiento, subrayando la trascendencia del terapeuta físico en su evolución rehabilitadora. Conclusión: A partir de los hallazgos de este estudio, se destaca la relevancia fundamental del fisioterapeuta en el proceso rehabilitador, tanto para lograr una evolución favorable, como para proporcionar confianza al paciente durante el abordaje de sus temores en la actividad física y transmitir las estrategias de prevención necesarias en el período postoperatorio.

Flores. (9) investigación realizada “Kinesiofobia y su relación con el dolor lumbar, universidad nacional rio negro, Argentina 2024.” Objetivo:

Hallar como se vinculan el temor kinesiológico conforme al algia lumbar

Procedimiento metodológica: Para la indagación que se vio ejecutada posee

una estructuración de forma cuantitativa y con una formación que tenga una

orientación descriptiva sin la necesidad de manipular una variante causal con

una sola medición conformada con un solo tiempo. Resultados: La

exploración bibliográfica subraya la acción mediadora del componente álgico

en esta vinculación, evaluando constructos teóricos relevantes como el

modelo de temor-elusión y la concepción biopsicosocial del fenómeno doloroso. En términos metodológicos, se acentúa la exigencia de incorporar arquitecturas investigativas rigurosas, incluyendo seguimientos de cohorte prospectivos y estudios experimentales con randomización y grupo control, para obtener deducciones causales con mayor validez científica. Conclusión: Las implicaciones prácticas surgidas de este estudio revelan la necesidad apremiante de establecer tratamientos específicos que atiendan explícitamente el miedo al movimiento, con la finalidad de mejorar los desenlaces clínicos en personas con lumbalgia persistente. Del mismo modo, este trabajo contribuye a un entendimiento más extenso y detallado de los factores psicológicos que influyen en la experiencia dolorosa y determinan la efectividad de los abordajes terapéuticos utilizados en rehabilitación

De trinidad (10) investigación realizada “Relación entre kinesiofobia y tiempo de recuperación funcional en pacientes con fractura de tobillo. Especialidad thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León 2023”.

Objetivo: Hallar cual es el vínculo que hay entre la magnitud del temor al movimiento, período de rehabilitación y desempeño funcional en pacientes con lesión fracturaria del tobillo. Procedimiento metodológico: La pesquisa que se ejecutó una táctica de formulación de extracción de información de manera observacional, con una estructuración que se orienta a una indagación de manera analítica, donde se revele la aplicación de una dirección de carácter prospectivo, con una medición de un solo momento donde la unidad de estudio es la muestra de pacientes con fracturación en la zona del tobillo. Resultados: La lesión fracturaria más común identificada

fue la maleolar tipo A conforme a la taxonomía de Weber, representando el 46,7% de los casos. Los 30 participantes del estudio se distribuyeron en 70,0% mujeres ($n=21$) y 30,0% varones ($n=9$). La medición del miedo al movimiento mediante Tampa alcanzó una media de $31,2 \pm 6,3$ puntos. Al explorar la relación entre los resultados totales de AOFAS y Tampa, emergió una correlación negativa de bajo nivel ($r(28) = -.353$, $p = .055$). Por otro lado, el análisis conjunto de edad y puntuación de Tampa demostró un efecto significativo ($F(2,27) = 3.573$, $p = .042$) sobre los resultados de AOFAS, evidenciando una vinculación importante entre elementos psicológicos y funcionales en la evolución post-fractura. Conclusión: Los hallazgos revelaron la inexistencia de una relación directa entre el miedo al movimiento y el nivel funcional autoevaluado en personas diagnosticadas con fractura de tobillo. Pese a ello, emergió una asociación estadísticamente significativa cuando se examinaron conjuntamente la edad y la aprensión kinesiológica sobre el desempeño funcional, mostrando un efecto sustancial. Descriptores principales: miedo al movimiento, fractura de tobillo, rendimiento funcional.

(8)

2.1.2. A nivel nacional

Carey y Carey (11) investigación realizada “Incapacidad funcional por lumbalgia y kinesiofobia en agricultores del distrito de Sapallanga, 2023” Es un estudio de tipo básico, nivel correlacional y diseño descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 250 agricultores, y la muestra, obtenida mediante un muestreo no probabilístico, incluyó 152 participantes. Los instrumentos utilizados fueron la escala de incapacidad por lumbalgia de Oswestry y la escala de kinesiofobia de Tampa. Resultados:

Se logro evidenciar que la mayoría de agricultores tenían un 59,9% padeció afectación funcional grave, mientras que proporciones menores mostraron restricción moderada que tenía un 18,4%, incapacidad total conforme a un 17,8%, postración de un 2,0% y limitación leve que muestra un 2,0%. Paralelamente, se detectó que el 98% de los sujetos manifestó niveles altos de aprensión kinesiológica. Pese a ello, las pruebas estadísticas no demostraron vínculo relevante entre la discapacidad derivada de lumbalgia y el temor al movimiento que hay un hallazgo de Rho igual a 0.071; Sig. con un 0.385, planteando la independencia entre ambos fenómenos en esta muestra. Conclusión: Tampoco se encontró una relación significativa entre la incapacidad funcional y la evitación de la actividad con una unidad de Rho igual 0.136; con un Sig que es igual a 0.096 ni con el enfoque somático donde un Rho igual a - 0.147; Sig. igual a 0.071. Los resultados reflejan una alta prevalencia de incapacidad funcional severa y kinesiofobia sin una relación clara entre ambas variantes. Conclusión: Ante este escenario, es fundamental impulsar planes integrales de tratamiento físico junto con tácticas educativas enfocadas en la gestión del dolor, buscando reducir la fobia al movimiento e incrementar la calidad de vida en la comunidad agrícola, especialmente tomando en cuenta los altos grados de aprensión kinesiológica detectados en este colectivo profesional.

Orihuela. (12) titulado, “nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia inespecifica del centro de medicina física y rehabilitación semarca, lima 2021” Objetivo: Medir cual es el grado de fobia al movimiento en sujetos de edad avanzada. Procedimiento metodológico: El estudio ejecutado demuestra haber empleado una



estructuración de manera cuantitativa, donde la táctica empleada es una observacional con la elección poblacional de 100 individuos que son sujetos ya mayores donde se vio por conveniente la muestra de 80 individuos como unidad muestral donde se aplicó requerimientos para la conformación de los tratamientos. Resultados: En cuanto a las edades, predominan los participantes del rango 66-70 años (40%), seguidos por el segmento 61-65 años (31.25%) y el grupo 71-75 años (28.75%). Respecto al sexo, existe un equilibrio casi equitativo con discreta preponderancia masculina conforme da un 51.25% frente al femenino con un 48.75%. La ocupación más representativa corresponde a profesionales que dan un 37.50%, y en el ámbito civil, prevalece la condición de viudez daban un 27.50%. Concerniente al temor al movimiento, más de la mitad con un 53.75% exhibe grados elevados de esta manifestación, contrastando con poco menos de la mitad con un 46.25% que muestra índices reducidos. Paralelamente, la conducta elusiva ante la movilidad refleja proporciones similares donde el 53.75% con patrones intensos de evasión versus conforman 46.25% con comportamientos evasivos mínimos. Conclusiones: Se evidenció un leve predominio del componente somático dentro del perfil de la kinesiofobia, el cual fue examinado en función del sexo, observándose una tendencia similar en ambos grupos, con niveles elevados de temor al movimiento. En cuanto a la variable ocupacional, el análisis mostró que los profesionales concentraron los índices más altos de kinesiofobia, lo que sugiere una posible asociación entre la exigencia laboral y la respuesta psicosomática frente al dolor o la lesión.

Galvan y Avellaneda. (13) esta tesis realizada “Relación de la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023” Objetivo: examinar cual es la conexión que hay entre el terror conforme a la movilidad y las habilidades físicas en ancianos. Proceso metodológico: Es un estudio presentado posee una estructuración de un estilo básico con una formulación de un grado que posee un carácter de formulación correlacional y con una orientación de un método descriptivo, que requirió una unidad poblacional de 200 sujetos adultos de edad avanzada, con la aplicación de 120 sujetos de edad avanzada. Resultados: Los hallazgos evidenciaron que 82 participantes ancianos (72,5%) manifestaron grados elevados de temor al movimiento, mientras que únicamente 33 sujetos con un 27,5% exhibieron índices reducidos de esta condición. Respecto al desempeño físico, 61 personas mayores con un porcentaje de 50,8% mostraron limitación funcional intermedia, en tanto que 31 individuos donde se empleó un 25,8% presentaron restricciones mínimas. El análisis estadístico mediante chi cuadrado confirmó la existencia de asociación sustancial entre ambas variables al registrar un valor p igual a 0,00. Conclusión: La aprensión cinética no mostró dependencia significativa respecto a la variable sexo en sujetos geriátricos; empero, se estableció una asociación considerable entre la severidad del padecimiento álgico y las habilidades funcionales, demostrando que la exacerbación del malestar somático compromete el desempeño cotidiano y la autosuficiencia de este segmento demográfico.

Ojeda. (14) Investigación realizada “Nivel de kinesiofobia y su relación con el dolor lumbar en personal administrativo de una empresa de



transporte de carga, 2023" Objetivo: Identificar cual es la magnitud de la aversión al desplazamiento y su nexos con el padecimiento en la zona baja de la espalda en el personal de escritorio de una organización de transporte pesado. Procedimiento metodológico: La indagación ejecutada muestra poseer una estructuración de estilo descriptivo que presenta tener una formulación de manera cuantitativa, que ve por conveniente aplicar una táctica observacional para la extracción de la data tiene una medida de un solo momento, con una unidad muestral de 125 empleados que son administrativos. Resultados: Se detectó preponderancia de sujetos con grados mínimos de aversión al desplazamiento de un 56,0%. Respecto a la sintomatología álgica lumbar, sobresalieron los casos de intensidad menor con un porcentaje de 44,9%, acompañados de una fracción sustancial con severidad media que fue de 42,4%. La valoración de interdependencia entre la fobia al movimiento y la aflicción en región baja de la espalda mostró significancia estadística de un p igual a 0,000, demostrando una asociación marcadamente relevante entre ambos fenómenos. Conclusión: Se deduce que hay una correlación estadísticamente relevante entre los constructos examinados, permitiendo determinar una vinculación sustancial en el contexto del estudio y respaldando la solidez de la conexión propuesta entre las dimensiones evaluadas.

Lara. (15) titulado, "Nivel de kinesiofobia y la discapacidad de hombro en pacientes de un Centro de Terapia en San Juan de Lurigancho, 2023". Objetivo: Establecer el grado de aversión conforme a presentar un desplazamiento y la disfunción de la articulación glenohumeral en consultantes. Procedimiento metodológico: Se muestra una pesquisa que se

ejecutó por medio de una estructuración de orientación cuantitativa y un enfoque de estado descriptivo de manera observacional con la aplicación de una sala medida. Resultados: Bajo esta perspectiva, el temor al desplazamiento se vincula con una disminución de la amplitud articular en sujetos con padecimiento musculoesquelético persistente, impactando notablemente en la efectividad y extensión temporal del tratamiento rehabilitatorio. La investigación, de naturaleza observacional, descriptiva y de corte transversal, incorpora dos herramientas de medición validadas: el Índice de Dolor y Disfunción de Hombro (SPADI) y la Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK), orientadas a medir la correlación entre la aprensión al movimiento, las capacidades funcionales y la percepción álgica (13)

2.1.3. A nivel local

Condori. (16) investigación realizada “ Nivel de kinesiofobia en pacientes postfractura en las clínicas de Juliaca, 2022. Objetivo: Identificar cual es el grado de temor al movimiento en individuos que han presentado fracturas, atendidos en centros clínicos. Procedimiento metodológico: el estudio presentado poseía una estructuración de una orientación descriptiva con una naturaleza de carácter cuantitativa y con una estrategia de recopilación observación para la extracción de material informativo una unidad de muestra de 102 individuos post fractura. Resultados: En cuanto a la intensidad de la kinesiofobia, se constató que el 96.08 % de los participantes presentó valores elevados en dicha condición. De manera paralela, el 97.06 % evidenció altos índices de evitación de actividades y el 95.10 % exhibió un incremento significativo en el foco

somático. Del mismo modo, se identificó una mayor prevalencia de kinesiofobia acentuada en el sexo femenino (97.56 %) en comparación con el masculino (95.08 %). Respecto a la distribución por rangos etarios, se determinó que la totalidad de los niños, adolescentes y adultos mayores evaluados manifestaron elevados rangos de pánico a fracturarse. Finalmente, los patrones observados en la evitación de actividades y en la focalización somática mostraron una tendencia de distribución semejante entre género y edad, concordante con el nivel global de miedo conforme al terror a fracturarse el área del lumbral. Conclusión: Se infirió que los grados que se muestran de kinesiofobia, de evitación conductual de actividades y de focalización somatosensorial se mantuvieron significativamente elevados dentro de la cohorte evaluada, lo cual pone de manifiesto una marcada predisposición hacia la nocicepción exacerbada y el temor anticipatorio al movimiento. Dichas manifestaciones constituyen factores psico-comportamentales que pueden ejercer una interferencia sustancial en los procesos de rehabilitación cinético-funcional, comprometiendo tanto la readaptación biomecánica como la restauración integral de la capacidad funcional del paciente.(14)

Prado. (17) titulado, Asociación de dolor lumbar con hernia discal, evidenciado con resonancias magnéticas de enero a mayo de puno, 2021. Objetivo: Establecer cuál es el vínculo entre la sintomatología lumbosacra y la herniación del disco intervertebral, confirmada por diagnóstico radiológico avanzado. Metodología: la pesquisa revela tener una formulación de modo básico empleando un enfoque de forma correlacional empleando un diseño sin manipulación de variantes, con la aplicación de una



sola medida en un solo momento, Resultados: Se analizaron las resonancias magnéticas de 50 pacientes, de los cuales la mayoría correspondió al sexo masculino (70.8%), con edades comprendidas entre 30 y 68 años. Es importante destacar que en el 79.2% de los casos la lesión por hernia discal comprometió más de una vértebra, siendo el tipo de hernia protruida el más frecuente, con una incidencia del 30.7%. Conclusión: La inferencia realizada evidenció una correlación estadísticamente significativa entre la lumbalgia y la presencia de herniación discal, registrándose un valor p igual a 0.046, lo cual confirma la relevancia inferencial de dicha relación clínica. De igual manera, se identificó que el 50% de los sujetos evaluados manifestó sintomatología dolorosa en múltiples segmentos vertebrales, lo que sugiere una mayor extensión del compromiso estructural y una progresión más pronunciada del deterioro vertebral.

Flores. (18) titulado, Relación de discapacidad y la calidad de vida de adultos mayores con lumbalgia que asisten al servicio de rehabilitación del hospital III Juliaca, 2020. Objetivo: Hallar cual es la vinculación entre el grado de limitación funcional y el bienestar biopsicosocial en personas adultas mayores con dolor lumbar que acuden a terapia física. Procedimiento metodológico: donde la indagación revelada presenta una estructuración táctica observacional con una característica de estilo cuantitativo con una formulación de manera descriptiva donde se aplica a 40 sujetos de etapa adulta que pasan más de los 60 de ambos sexos, Resultados, En la presente cohorte geriátrica con lumbalgia, se constató que el 25% de los individuos exhibió una restricción funcional leve, el 57.5% una limitación de magnitud intermedia y el 17.5% una afectación funcional severa, mientras que el 60%

refirió una autopercepción favorable de su calidad de vida y el 40% una valoración desfavorable. Las dimensiones con mayores puntajes positivos correspondieron a capacidad física, percepción del dolor, interacción social, desempeño emocional y estado psicoafectivo, alcanzando proporciones entre 75% y 90%. Paralelamente, se evidenció una correlación inversa y estadísticamente robusta entre el grado de discapacidad y la calidad de vida ($p < 0.001$; $Rho = -0.642$), lo que indica que a medida que se intensifica la limitación funcional, disminuye de forma proporcional la percepción de bienestar integral. Asimismo, la discapacidad mostró una asociación directa con el envejecimiento ($p = 0.027$; $Rho = 0.349$), sin presentar correspondencia significativa con el sexo ($p = 0.317$), mientras que la calidad de vida no reveló vínculos estadísticos relevantes ni con la edad ($p = 0.065$; $Rho = -0.295$) ni con el sexo ($p = 0.436$). En conjunto, estos hallazgos ponen de manifiesto la influencia determinante de la pérdida funcional sobre la experiencia subjetiva de bienestar, situándola como un factor crítico en la evaluación y abordaje rehabilitador del adulto mayor con dolor lumbar crónico.

Asociación de dolor lumbar con hernia discal, evidenciado con resonancias magnéticas de enero a mayo del 2021. Objetivo: Hallar cual es vinculación entre la sintomatología lumbosacra y la herniación discal, confirmada mediante diagnóstico por resonancia magnética nuclear. Metodología: la pesquisa empleo una estructuración de grado básico, de un carácter de orientación de estilo correlacional que aplica una formulación que no implica el manejo de las variantes, conforme a un de corte de un estilo transversal, Resultados: Se efectuó un análisis radiodiagnóstico mediante

imágenes de resonancia magnética en una cohorte conformada por cincuenta individuos, dentro de la cual predominó el sexo masculino, representando un 70,8 % del total, con una rango etario comprendido entre los 30 y 68 años. Resulta pertinente enfatizar que la afectación discal evidenció compromiso en múltiples segmentos vertebrales, alcanzando un 79,2 % de incidencia, mientras que la morfología protrusiva de la hernia intervertebral se manifestó con una frecuencia del 30,7 %, configurando así un patrón clínico de alta recurrencia en lesiones de carácter multisegmentario. Conclusión: La dolencia en la región lumbar mostró un vínculo patente con la existencia de una protrusión de disco intervertebral, respaldado por un P es menor al 0.05 y con una valoración de 0.046 lo cual indica una conexión de importancia clínica. Adicionalmente, se observó que la mitad de los pacientes experimentó dolor irradiado a múltiples niveles espinales, sugiriendo una intensificación del malestar en áreas con afectación multi-segmentaria

Tumi. (19) titulado, prevalencia de la lumbalgia ocupacional en trabajadores de centros minero de la región norte de puno, hospital III Juliaca abril 2021 – diciembre 2021. Objetivo: Cuantificar la proporción de dolor de espalda baja de índole ocupacional en núcleos industriales mineros. Metodología: Se empleará una indagación que formula una estructuración de índole cuantitativa con un aplicando un estilo descriptivo y que se manifiesta de un modo transversal con un estado poblacional de referencia estará conformada por la totalidad de los empleados que reporten alguna afección en la zona lumbar. Resultaos esperados: Considerando que la lumbalgia constituye una afección escasamente investigada en nuestro contexto



regional, los hallazgos obtenidos adquieren relevancia práctica, pudiendo ser incorporados en los programas de salud ocupacional de las distintas entidades que operan en el sector minero. Esta integración permitiría optimizar las condiciones ergonómicas y preventivas del entorno laboral, contribuyendo así a preservar la integridad funcional y el bienestar físico de los trabajadores expuestos a factores de riesgo musculoesquelético.

Iglesias y Mamani. (20) titulado, Efectividad del Método Pold en el tratamiento del paciente adulto mayor con lumbociatalgia, en el Centro Fisiocenter CETEFIR Juliaca de octubre noviembre, 2022. Objetivo: Medir cual es el impacto de la intervención Pold en el abordaje de la radiculopatía lumbosacra en la población senescente. Procedimiento metodológico: La pesquisa empleada muestra tener un desarrollo de ejecución basado en la conformación de supuestos hipotéticos conforme a indicios deductivos, con una formulación de manera explicativa empleando protocolos de naturaleza preexperimental usando un corte de carácter longitudinal. Resultado: El análisis de los datos mostró una distribución por edades no uniforme. La mayor parte de los participantes se concentró entre los 60 y 64 años (30%), seguidos por el grupo de 69 a 72 años (27%) y los de 65 a 68 años (22%). Los segmentos de edad más avanzada (73 a 76 años, 77 a 80 años y 81 a 84 años) representaron las proporciones mínimas. Conclusión: confirmaron que la estrategia Pold es terapéuticamente efectiva y proporciona un beneficio funcional significativo en este conjunto de pacientes geriátricos.



2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Hernia de disco lumbar

La protrusión discal lumbosacra figura entre las patologías con mayor prevalencia que afectan al aparato locomotor, siendo una fuente significativa del dolor de espalda baja persistente. Su impacto se traduce en ser un principal factor de limitación de la movilidad y de discapacidad funcional entre los adultos. Se produce cuando el núcleo pulposo del disco intervertebral se desplaza a través de una fisura en el anillo fibroso, lo cual puede causar irritación o compresión de las raíces nerviosas espinales. Esta protrusión discal puede estar provocada por múltiples factores como degeneración discal, esfuerzos físicos excesivos, traumatismos, posturas inadecuadas o sedentarismo (21)

Desde una perspectiva anatómica, los discos intervertebrales actúan como estructuras amortiguadoras intersomáticas, cuya función principal es disipar las cargas mecánicas y conferir elasticidad, estabilidad y movilidad segmentaria al eje vertebral. Cuando se pierde la integridad de estos discos, ya sea por desgaste o por cargas excesivas, se pueden formar protrusiones o extrusiones que alteran la estructura normal del canal vertebral. Las protrusiones discales presentan una mayor prevalencia en los segmentos lumbares L4-L5 y L5-S1, debido a que estas regiones soportan una carga biomecánica superior y concentran la mayor amplitud de movilidad vertebral, lo que las convierte en zonas de elevada vulnerabilidad estructural ante tensiones y compresiones repetitivas. (15)

Esta patología afecta especialmente en los sujetos que bordeaban las edades de 30 y 50, grupo en el cual coinciden factores laborales, estilos de vida activos o sedentarios, y procesos degenerativos iniciales de la columna vertebral. Dependiendo del grado de protrusión y la estructura comprometida, puede generar desde molestias locales hasta síntomas neurológicos severos.

2.2.1.1. Sintomatología

El cuadro clínico de una hernia discal lumbar puede variar considerablemente entre los pacientes. Sin embargo, existen signos y síntomas típicos que orientan al diagnóstico clínico. La manifestación clínica varía significativamente en función de la localización anatómica y la magnitud de la protrusión discal, así como del nivel de compromiso radicular o neural. El algór doloroso constituye el signo primario más habitual, al que suelen asociarse irradiaciones neurálgicas, déficit de fuerza motriz, trastornos propioceptivos o sensitivos y una restricción progresiva de la capacidad funcional del individuo (22)

2.2.1.1.1. Presencia del dolor lumbar

Las dolencias que se manifiestan en el área lumbar, también conocido como lumbalgia, es el síntoma cardinal de la hernia discal. Se presenta generalmente como una molestia profunda, continua o intermitente, que se localiza en la región lumbosacra. Este dolor puede agravarse con el esfuerzo físico, durante la bipedestación o sedestación mantenida por lapsos extensos, así como en el acto de izar cargas o ejecutar gestos mecánicos de flexión y torsión del tronco, se generan tensiones

biomecánicas reiterativas que pueden exacerbar la sintomatología dolorosa y comprometer la estabilidad lumbosacra. En muchos casos, el dolor aparece de forma súbita luego de una actividad física intensa, aunque también puede desarrollarse de forma progresiva (14).

La severidad algésica puede oscilar desde manifestaciones discretas hasta exacerbadas, condicionando con frecuencia una restricción funcional significativa que interfiere en las actividades esenciales de la cotidianidad, tales como la marcha, el desempeño laboral o el reposo nocturno fisiológico. En fases agudas, el dolor puede irradiar hacia otras zonas del cuerpo, lo que indica un compromiso neurológico más avanzado. (23)

2.2.1.1.3. Déficit motor (dificultad para caminar o mover una pierna)

El déficit motor es una de las manifestaciones clínicas más relevantes en los casos de hernia de disco lumbar avanzada. Este signo aparece como resultado hacia en entendimiento concreto de manera directa o indirecta de las inicios nerviosos motoras, lo cual afecta la conducción de impulsos hacia los músculos de las extremidades inferiores. La afectación suele ser unilateral, aunque en casos severos puede presentarse de forma bilateral. (24)

Clínicamente, los pacientes refieren debilidad para mover la pierna afectada, dificultad para mantener la postura al caminar, sensación de fatiga rápida al estar de pie, o incluso episodios de caídas. También puede observarse pie caído (foot drop), es decir, la incapacidad para dorsiflexionar el pie, lo cual obliga al paciente a levantar excesivamente la pierna al

caminar para evitar arrastrar el pie. Esta condición se asocia frecuentemente con la compresión de la raíz L5. (20)

Además del compromiso motor, pueden observarse alteraciones en los reflejos osteotendinosos, como la disminución o abolición del reflejo patelar (L4) o del reflejo aquiliano (S1). Estos signos neurológicos deben ser evaluados cuidadosamente, ya que su presencia indica una progresión patológica importante que requiere intervención médica o quirúrgica.

En casos extremos, el déficit motor puede estar acompañado por signos de compromiso de la cauda equina, como pérdida de control esfinteriano y anestesia en silla de montar. Esta es una urgencia neuroquirúrgica que debe ser tratada de forma inmediata para evitar daño neurológico permanente. (25)

2.2.1.1.4. Tiempo del dolor

La duración del dolor lumbar es un criterio clínico fundamental para clasificar el tipo de lumbalgia y orientar el tratamiento. El intervalo temporal desde la aparición del cuadro álgico posibilita la clasificación clínica de la afección en fase aguda, subaguda o crónica, estableciendo una correspondencia directa con la progresión del deterioro estructural y con las repercusiones funcionales que este proceso genera en el individuo afectado.

Dolor agudo: Se caracteriza por presentar una duración inferior a seis semanas, constituyendo así un episodio de manifestación temporal limitada con frecuencia, su aparición se vincula con fenómenos inflamatorios de instauración aguda, donde predomina la respuesta tisular inmediata frente

a un estímulo nocivo, protrusión discal reciente o sobrecarga mecánica. Suele responder de forma favorable al tratamiento conservador, incluyendo analgésicos, reposo relativo y fisioterapia.

Dolor subagudo: Abarca una duración entre 6 y 12 semanas. En esta etapa, el dolor puede comenzar a generar interferencia en la calidad de vida, presentándose con rigidez, pérdida de movilidad y dificultad para retomar las actividades laborales o recreativas. Es un periodo crítico para el tratamiento, ya que, si no se gestiona adecuadamente, puede evolucionar hacia la cronicidad.

Dolor crónico: Se considera de manera cronológica cuando su sintomatología se prolonga por un periodo superior a las doce semanas, evidenciando una persistencia sostenida del cuadro clínico más allá del curso típico de recuperación tisular. En este estadio, el dolor suele estar acompañado de alteraciones musculares, cambios posturales, pérdida de fuerza, y en muchos casos, elementos psicológicos como ansiedad, depresión o kinesiofobia, es decir, miedo persistente e irracional al movimiento por temor a que cause dolor o daño. La cronicidad del dolor implica un abordaje multidisciplinario y prolongado, que puede incluir tratamiento físico, psicológico y farmacológico. (26)

2.2.1.2. Limitación funcional

La limitación funcional es una de las consecuencias más significativas de la hernia de disco lumbar. Se expresa como una merma parcial o completa en la aptitud funcional del individuo, dificultando la ejecución de actividades de la vida diaria y la asunción de sus roles personales, ocupacionales y

sociocomunitarios. Las dolencias que se manifiestan en la arealumbra, junto con la atrofia o debilidad muscular, la rigidez articular y la aprehensión frente al movimiento, induce una disminución progresiva de la movilidad segmentaria y de la autonomía funcional, repercutiendo de manera directa en la calidad de vida y el bienestar integral del sujeto. (27)

2.2.1.2.1. Interferencia con actividades físicas

Una de las manifestaciones más tempranas de la limitación funcional es la dificultad para ejecutar movimientos básicos como caminar, sentarse o levantarse. El dolor y la rigidez muscular hacen que el paciente adopte posturas antálgicas (posiciones que alivian el dolor), lo que a su vez puede generar desequilibrios biomecánicos y sobrecarga en otras regiones del cuerpo.

Caminar puede volverse lento y limitado por el dolor irradiado, especialmente en trayectos largos o en superficies irregulares. Sentarse por tiempo prolongado genera presión sobre los discos intervertebrales, agravando el dolor. Levantarse de una silla, de la cama o de posiciones agachadas también puede ser dificultoso, requiriendo asistencia o apoyos externos. Esta disminución en la capacidad física tiene un impacto negativo directo en la autonomía del paciente. (28)

2.2.1.2.2. Interferencia con el sueño

El dolor lumbar interfiere frecuentemente con la calidad y cantidad del sueño. Los pacientes pueden presentar dificultad para encontrar una posición cómoda al dormir, despertares nocturnos por dolor y un sueño no

reparador. Esta alteración del descanso conlleva consecuencias como fatiga diurna, irritabilidad, disminución de la concentración y mayor sensibilidad al dolor.

Dormir de lado, en posición fetal o con almohadas en la espalda o entre las piernas son estrategias que muchos pacientes adoptan para aliviar la incomodidad. Sin embargo, cuando el dolor persiste incluso en reposo, indica una afectación más severa que requiere tratamiento específico. Además, la alteración del sueño puede agravar trastornos psicológicos como ansiedad o depresión, lo que perpetúa un ciclo de dolor y limitación funcional. (29)

2.2.1.2.3. Interferencia con sus ocupaciones

La hernia de disco lumbar puede dificultar o impedir que el paciente continúe realizando sus actividades laborales, educativas o domésticas. La imposibilidad de permanecer mucho tiempo sentado, cargar objetos o mantenerse de pie afecta directamente la productividad y genera ausentismo laboral. En algunos casos, los pacientes deben solicitar cambios de puesto, reducción de jornada o incluso licencia médica prolongada. (30)

En el entorno doméstico, las tareas como cocinar, limpiar, cuidar niños o realizar compras también pueden verse comprometidas. Estas restricciones generan una sensación de dependencia, frustración o pérdida de autonomía, que impacta emocionalmente y disminuye la autoestima del paciente. (19)

2.2.1.2.4. Limitación del uso de transporte

El uso del transporte, ya sea privado o público, puede representar un desafío para quienes sufren de hernia de disco lumbar.

a) Para manejar: Conducir implica mantener una posición estática prolongada, lo que incrementa la presión sobre los discos lumbares. El dolor se intensifica al pisar los pedales, girar el torso o maniobrar el volante. Además, los movimientos repetitivos al entrar o salir del vehículo pueden ser dolorosos y difíciles, especialmente en automóviles con asientos bajos o mal diseñados ergonómicamente.

b) Para subir al transporte público: Utilizar transporte público exige caminar, subir escalones y mantener el equilibrio de pie en vehículos en movimiento. Estas acciones pueden volverse dolorosas o peligrosas para el paciente, que puede temer caídas o no encontrar una posición segura durante el trayecto. Esto limita la movilidad general y reduce la participación del individuo en actividades sociales, laborales o recreativas. (31)

2.2.2. Kinesiofobia

La condición de kinesiofobia se conceptualiza como una aversión desproporcionada e incapacitante hacia la ejecución del movimiento corporal y la actividad física, sustentada en la creencia anticipatoria de que dichas acciones podrían desencadenar dolor o precipitar una recaída lesional. Este fenómeno es común en personas que han sufrido lesiones musculoesqueléticas, y adquiere particular pertinencia clínica en individuos que presentan protrusión o herniación del disco intervertebral a nivel lumbar, dado que esta condición suele intensificar la respuesta de

aprensión frente al movimiento, quienes frecuentemente asocian el movimiento con el aumento del dolor o con la posibilidad de agravar su condición. (32)

Múltiples pesquisas han evidenciado que la kinesiofobia ejerce un efecto adverso relevante sobre el pronóstico clínico de los pacientes con dolor lumbar, dificultando la recuperación funcional, prolongando los tiempos de rehabilitación y potenciando la limitación en la movilidad y la autonomía. Las personas con niveles elevados de miedo al movimiento tienden a presentar mayor discapacidad, peor calidad de vida, menor adherencia al tratamiento fisioterapéutico y una recuperación más lenta (24)

Además, se ha evidenciado que la condición sintomatológica kinesiofobia puede estar vinculada a componentes psicoafectivos, tales como estados ansiosos, sintomatología depresiva y tendencias de interpretación catastrofista del dolor, los cuales potencian la percepción amenazante del movimiento, lo que indica que su abordaje no debe limitarse únicamente a lo físico, sino que debe incluir intervenciones multidisciplinarias como incluir enfoques psicoterapéuticos de orientación cognitivo-conductual, estrategias de psicoeducación centradas en la comprensión neurofisiológica del dolor y la implementación de programas de ejercicio terapéutico progresivo, desarrollados y monitorizados por profesionales especializados. (9)

2.2.2.1. Test de Tampa de Kinesiofobia (TSK)

Se trata de un instrumento psicométrico de aplicación estandarizada, cuyo propósito es cuantificar la intensidad del temor asociado al movimiento

corporal o a la realización de actividad física en individuos que experimentan dolor musculoesquelético, especialmente cuando este adquiere un curso clínico de carácter crónico. E

El Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK) está conformado por 11 reactivos valorados mediante una escala de tipo Likert de cuatro categorías de respuesta, lo que posibilita obtener un puntaje global que permite categorizar la kinesiofobia en niveles bajo, intermedio o elevado. Su empleo adquiere especial relevancia en sujetos con afecciones como la herniación discal lumbar, dado que facilita la detección de componentes psicológicos que pueden influir de manera desfavorable en los procesos de rehabilitación kinésica y en la restauración de la funcionalidad corporal (33).

a) Bajo nivel de kinesiofobia:

El paciente no experimenta un temor significativo al movimiento y realiza actividades físicas sin restricciones importantes. Puede sentir ligera incomodidad o molestia, pero esto no afecta sus decisiones de ejercicio o actividades cotidianas. El paciente confía en su capacidad de realizar movimientos sin causar daño. No muestra signos de evitar el movimiento debido al dolor. Este nivel no limita la participación en actividades deportivas o sociales. En general, mantiene un estilo de vida activo y saludable. (34)

b) Moderado nivel de kinesiofobia:

El paciente experimenta un temor o preocupación moderada hacia ciertos movimientos, especialmente aquellos que podrían causar dolor o incomodidad. Aunque sigue participando en actividades físicas, las realiza

de manera limitada o con precauciones, como evitar ciertos movimientos o reducir la intensidad. La ansiedad por posibles lesiones puede hacer que modifique su rutina. Este nivel de kinesiofobia puede generar evitación parcial de actividades físicas, pero el paciente sigue siendo funcional.

c) Alto nivel de kinesiofobia:

El paciente siente un miedo intenso y persistente hacia el movimiento, lo que lo lleva a evitar la actividad física en gran medida. La preocupación por causar dolor o sufrir una nueva lesión se convierte en un obstáculo importante para realizar tareas cotidianas. Este temor limita significativamente la movilidad y la independencia del paciente, generando repercusiones notables en su equilibrio biopsicosocial y en la valoración subjetiva de su estado vital. La persona puede experimentar aislamiento social debido a la evitación de actividades físicas. (33)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Calidad de vida relacionada con la salud: Valoración interna del sujeto respecto a cómo las dimensiones física y psicológica de su salud modifican su rutina y roles habituales. (18)

Déficit motor: Se refiere a la merma parcial o completa en la aptitud para generar contracciones en grupos musculares específicos, situación que puede comprometer la biomecánica de la marcha, la estabilidad postural y la regulación neuromotora de los movimientos voluntarios. (20)

Dolor lumbar: Constituye una manifestación clínica prevalente, definida por la presencia de algia focalizada en la región lumbosacra, donde el dolor se



circunscribe principalmente a los segmentos inferiores de la columna vertebral. (25)

Evitar el movimiento: Mecanismo adaptativo desbordado, caracterizado por la inhibición voluntaria de actividades motrices debido a la convicción de que estas pueden desencadenar o intensificar el dolor (8)

Kinesiofobia: Corresponde a una percepción temerosa exacerbada del movimiento, fundamentada en la convicción de que cualquier acción motriz puede provocar exacerbación del dolor o una recaída traumática. (15)

Limitación funcional: Alude a la reducción de la competencia funcional necesaria para ejecutar tareas propias de la vida cotidiana, tales como la marcha, la flexión del tronco, la bipedestación desde sedestación o el transporte de cargas, lo cual compromete de manera directa la autonomía y el desempeño independiente del individuo. (30)



CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación presente adopta un diseño de manera no experimental, debido a que no realiza manipulación alguna de las variantes, sino que estas son observadas tal como ocurren en su contexto natural. (35).

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación de una estructuración es de tipo básica, con un nivel correlacional que busca establecer la relación entre variantes, y muestra un diseño de corte transversal, ya que los datos se recolectan en un único momento en el tiempo (36)

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se empleó el método hipotético-deductivo bajo un enfoque de naturaleza cuantitativa, orientado a la obtención y procesamiento sistemático de datos de carácter numérico, con el propósito de identificar regularidades, tendencias y patrones dentro del fenómeno estudiado. (37)

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por 120 pacientes que acudieron a la Clínica Traumatológica y de Especialidades Médicas de Juliaca entre

junio y agosto de 2025. La selección se realizó mediante un muestreo por conveniencia, eligiendo a todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión (adultos de 30 a 50 años con diagnóstico de hernia de disco lumbar) y sin trastornos neurológicos o musculoesqueléticos no relacionados. Este número de pacientes fue adecuado, dado el flujo de personas atendidas en el periodo de estudio y permitió obtener resultados representativos de la población atendida en la clínica.

3.4.2. Muestra

La muestra de estudio estuvo conformada por 120 pacientes que acudieron a la Clínica Traumatológica y de Especialidades Médicas de Juliaca entre los meses de junio y agosto de 2025.

Criterios de inclusión

- Adultos entre 30 y 50 años.
- Diagnóstico médico de hernia de disco lumbar.
- Asistencia a consulta en la Clínica Traumatológica y de Especialidades Médicas, Juliaca.
- Acepten participar voluntariamente (consentimiento informado).
- Capacidad para responder el cuestionario.

Criterios de exclusión

- Trastornos mentales que impidan la comprensión del cuestionario.
- Incompleta participación en el estudio.
- Mujeres embarazadas.

Temporalidad:

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de junio y agosto de 2025. Durante este período, se aplicaron encuestas estructuradas mediante cuestionarios a los pacientes adultos de 30 a 50 años con diagnóstico de hernia de disco lumbar en la Clínica Traumatológica y de Especialidades Médicas de Juliaca.

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.**3.5.1. Técnicas**

Variable 1: encuesta, Se utilizó la técnica de encuesta para recolectar información de los participantes en relación con la hernia de disco lumbar, su sintomatología, limitaciones funcionales y la presencia de kinesiofobia.

Variable 2: Encuesta, De manera similar, la encuesta también se aplicó para evaluar el nivel de kinesiofobia a través del Test de Tampa, con el fin de obtener datos sobre la actitud de los pacientes hacia el movimiento físico y su relación con el dolor lumbar.

3.5.2. Instrumentos

Variable 1: Cuestionario, Se diseñó un cuestionario estructurado para obtener información detallada sobre los síntomas físicos (dolor lumbar, irradiación del dolor, déficit motor, etc.) y la limitación funcional de los pacientes con hernia de disco lumbar.

Variable 1: Cuestionario, Para medir el nivel de kinesiofobia, se utilizó el Test de Tampa, que es un cuestionario específico para evaluar el miedo al movimiento en pacientes con condiciones físicas como la hernia de disco lumbar.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

a) Coordinación: Para la coordinación, primeramente, se presentó una solicitud para obtener el permiso y autorización, para tener el acceso a realizar las encuestas con el director de la clínica traumatológica y de especialidades médicas

b) Ejecución: Los datos obtenidos se organizaron y tabularon mediante tablas estadísticas apropiadas, que incluirán distribuciones de frecuencia y representaciones gráficas. Luego, se procedió a resumir e interpretar la información recopilada.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la organización, interpretación y evaluación de los datos obtenidos se empleó la prueba estadística Chi², debido a que se trataba de variables numéricas.

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

Variable 1, Se validó por medio de juicio de expertos En este caso son 3 especialistas en el área.

Variable 2, se usó la Escala de Tampa para la kinesiofobia se optó por la Versión corta (TSK-11): Creada por Woby et al. para mejorar la confiabilidad y reducir la carga de respuesta (36)



3.8.2. Confiabilidad

La confiabilidad se evaluó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, lo que garantiza la consistencia interna de las variables utilizadas en el estudio.

Análisis de confiabilidad del instrumento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,735	9



CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1. RELACIÓN DE LA PRESENCIA DEL DOLOR LUMBAR Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

PRESENCIA DEL DOLOR LUMBAR	TEST DE TAMPA DE KINESIOFOBIA							
	Nivel bajo		Nivel moderado		Nivel Alto		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	22	18.3	72	60.0	25	20.8	119	99.1
No	1	0.9	0	0.0	0	0.0	1	0.9
TOTAL	23	19.2	72	60.0	25	20.8	120	100.0

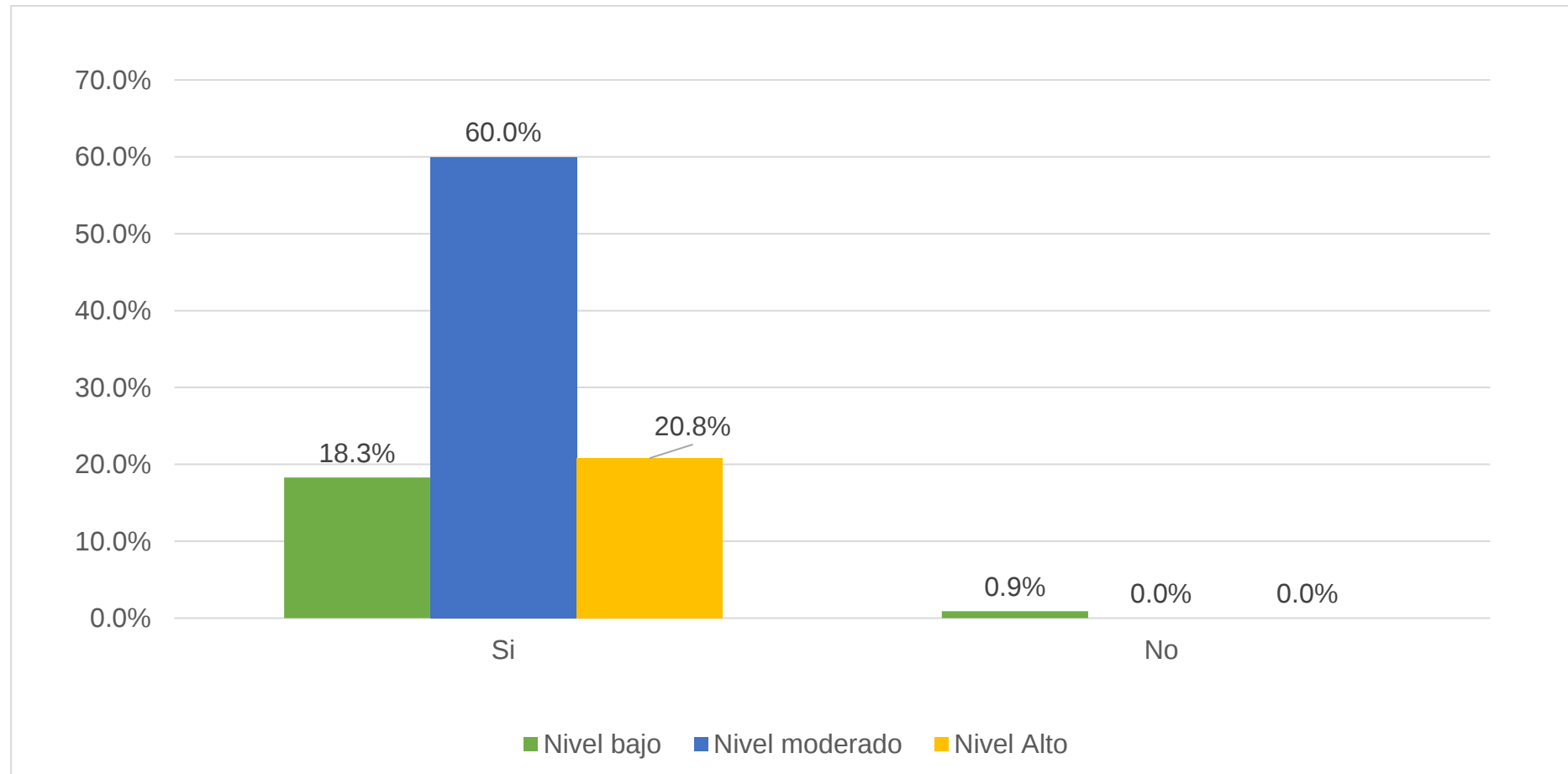
Fuente: Cuestionario

$X^2_{Cal} = 14,253$
 $X^2_{Tab} = 5.991$

$GL = 2$
 $P = 0.002$

$ES\ SIGNIFICATIVA$

FIGURA 1. RELACIÓN DE LA PRESENCIA DEL DOLOR LUMBAR Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025



Fuente. Tabla 1

En relación con la presencia de dolor lumbar y la kinesiofobia, se observó que el 99.1% de los participantes presentó dolor lumbar, mientras que solo el 0.9% no manifestó dicha condición.

Respecto al test de Tampa para la evaluación de la kinesiofobia, se encontró que el 60% presentó un nivel moderado y un nivel alto el 20.8% predominando en los pacientes que manifestaron dolor lumbar.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 14.253, superior al valor crítico tabulado de 5.991 para 2 grados de libertad, con un valor de $p = 0.002$. Este resultado indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de dolor lumbar y el test de Tampa de kinesiofobia.

Según **Ojeda** (14), la mayor proporción de pacientes presentó dolor lumbar bajo (44.9%), seguido del dolor lumbar moderado (42.4%). En nuestro estudio, el 99.1% de los participantes reportó dolor lumbar, mostrando una asociación significativa con la kinesiofobia. Estos hallazgos son concordantes con lo reportado por Ojeda, evidenciando que el dolor lumbar, incluso en sus diferentes intensidades, es un factor predominante que influye directamente en la aparición de la kinesiofobia y en las limitaciones funcionales de los pacientes.

TABLA 2. RELACIÓN DE LA IRRADIACIÓN DEL DOLOR LUMBAR Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

IRRADIACIÓN DEL DOLOR LUMBAR	TEST DE TAMPA DE KINESIOFOBIA							
	Nivel bajo		Nivel moderado		Nivel Alto		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin irradiación	18	15.0	11	9.2	0	0.0	29	24.2
Irradiado a los glúteos	5	4.2	49	40.8	10	8.3	64	53.3
Irradiado a la rodilla	0	0.0	12	10.0	7	5.8	19	15.8
Irradiado a la pantorrilla	0	0.0	0	0.0	3	2.5	3	2.5
Irradiación con pérdida de fuerza	0	0.0	0	0.0	5	4.2	5	4.2
TOTAL	23	19.2	72	60.0	25	20.8	120	100.0

Fuente: Cuestionario

$X^2_{Cal} = 80,719$

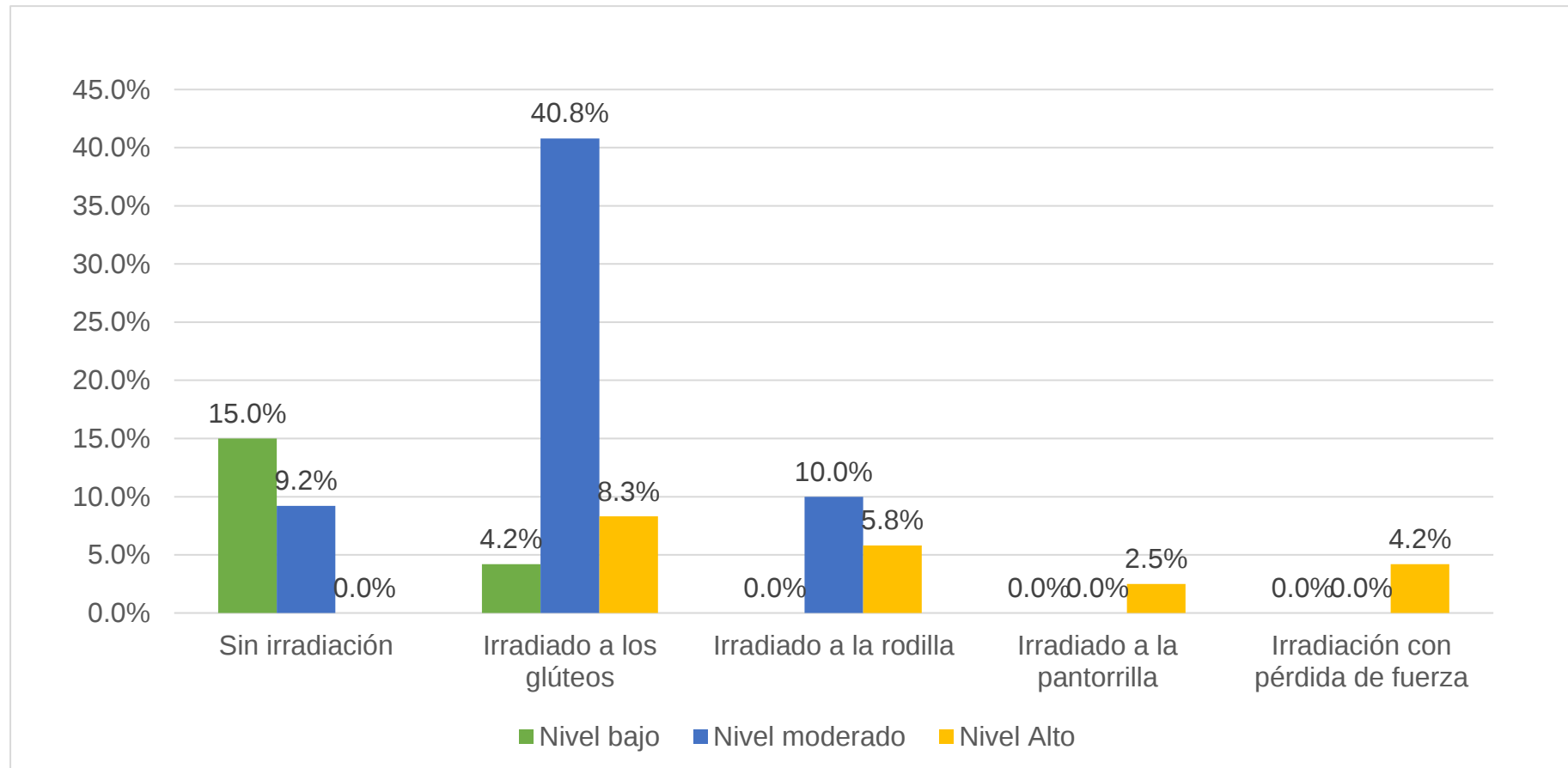
$GL = 8$

$X^2_{Tab} = 15.507$

$P = 0.000$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 2. RELACIÓN DE LA IRRADIACIÓN DEL DOLOR LUMBAR Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025



Fuente: Tabla 2.

En relación con la irradiación del dolor lumbar y la kinesiofobia, se evidenció que el 53.3% de los participantes reportó irradiación hacia los glúteos, el 24.2% indicó no presentar irradiación, el 15.8% refirió irradiación hasta las rodillas, el 4.2% manifestó irradiación acompañada de pérdida de fuerza y el 2.5% reportó irradiación hacia la pantorrilla.

Respecto al test de Tampa para la evaluación de la kinesiofobia, se encontró que el 40.8% presentó un nivel moderado, predominando en los pacientes que manifestaron irradiación hacia los glúteos y un 15% un nivel bajo sin irradiación de dolor.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 80.719, superior al valor crítico tabulado de 15.507 para 8 grados de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la irradiación del dolor lumbar y el test de Tampa de kinesiofobia.

Según **Prado** (17), la lesión por hernia discal afecta generalmente más de una vértebra, representando el 79.2% de los casos. En nuestro estudio, el 53.3% de los participantes refirió irradiación del dolor lumbar hacia los glúteos, lo cual evidencia que la extensión del daño discal se traduce en la propagación del dolor a áreas adyacentes. Este hallazgo coincide con lo reportado por Prado, sugiriendo que la afectación de múltiples vértebras contribuye a la intensidad y distribución del dolor, lo que puede influir en la aparición de limitaciones funcionales y en la kinesiofobia de los pacientes.



TABLA 3. RELACIÓN DEL DÉFICIT MOTOR Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

TEST DE TAMPA DE KINESIOFOBIA								
DÉFICIT MOTOR (DIFICULTAD PARA CAMINAR O MOVER UNA PIERNA)	Nivel bajo		Nivel moderado		Nivel Alto		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No presenta debilidad	22	18.3	17	14.2	0	0.0	39	32.5
Puede caminar, pero con alguna dificultad	1	0.9	52	43.3	17	14.1	70	58.3
Nesecita apoyo como de bastón o persona	0	0.0	3	2.5	8	6.7	11	9.2
TOTAL	23	19.2	72	60.0	25	20.8	120	100.0

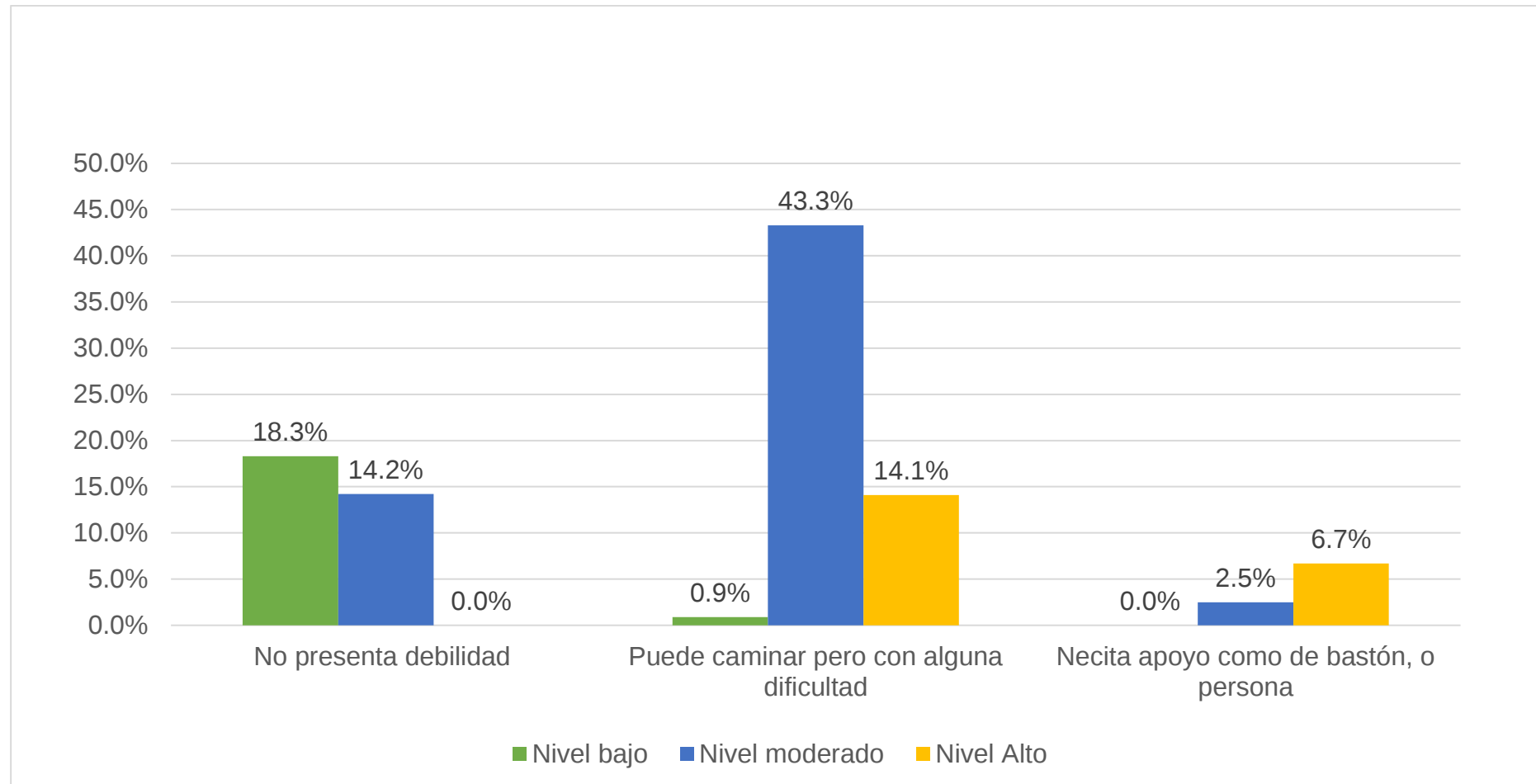
Fuente: Cuestionario

$X^2_{Cal} = 70,663$
 $X^2_{Tab} = 9.487$

$GL = 4$
 $P = 0.000$

$ES\ SIGNIFICATIVA$

FIGURA 3. RELACIÓN DEL DÉFICIT MOTOR Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025



Fuente: Tabla 3

En relación con la dificultad para caminar o mover una pierna y la kinesiofobia, se evidenció que el 58.3% señaló que puede caminar, pero con alguna dificultad, el 32.5% señaló que no presenta debilidad y el 9.2% señaló que ha necesitado apoyo como un bastón o una persona para poder movilizarse.

Respecto al test de Tampa para la evaluación de la kinesiofobia, se encontró que el 43.3% presentó un nivel moderado, predominando en los pacientes que indicaron que podían caminar, pero con alguna dificultad para el desplazamiento sin envargo el 18.3% tenían nivel bajo por ello no presentaban debilidad.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 70.663, superior al valor crítico tabulado de 9.487 para 4 grados de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la dificultad para caminar o mover una pierna y el test de Tampa de kinesiofobia.

Según **De Trinidad** (10), la kinesiofobia se caracteriza por ser un miedo irracional y debilitante a realizar movimientos físicos. En nuestro estudio, el 58.3% de los participantes presentó dificultad para caminar, aunque aún podía desplazarse con cierta limitación, lo cual muestra una manifestación leve a moderada del miedo al movimiento. Este hallazgo es concordante con lo descrito por De Trinidad, ya que evidencia que la kinesiofobia afecta la funcionalidad, aunque en este caso no resultó completamente incapacitante, reflejando la variabilidad en la intensidad de la respuesta al dolor y al miedo al movimiento en los pacientes con hernia de disco lumbar.

TABLA 4. RELACIÓN DEL TIEMPO DEL DOLOR Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

TEST DE TAMPA DE KINESIOFOBIA								
TIEMPO DEL DOLOR	Nivel bajo		Nivel moderado		Nivel Alto		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Días	4	3.3	0	0.0	0	0.0	4	3.3
Semanas	16	13.4	24	20.0	2	1.7	42	35.1
Años	3	2.5	48	40.0	23	19.1	74	61.6
TOTAL	23	19.2	72	60.0	25	20.8	120	100.0

Fuente: Cuestionario

$$X^2_{Cal} = 42.825$$

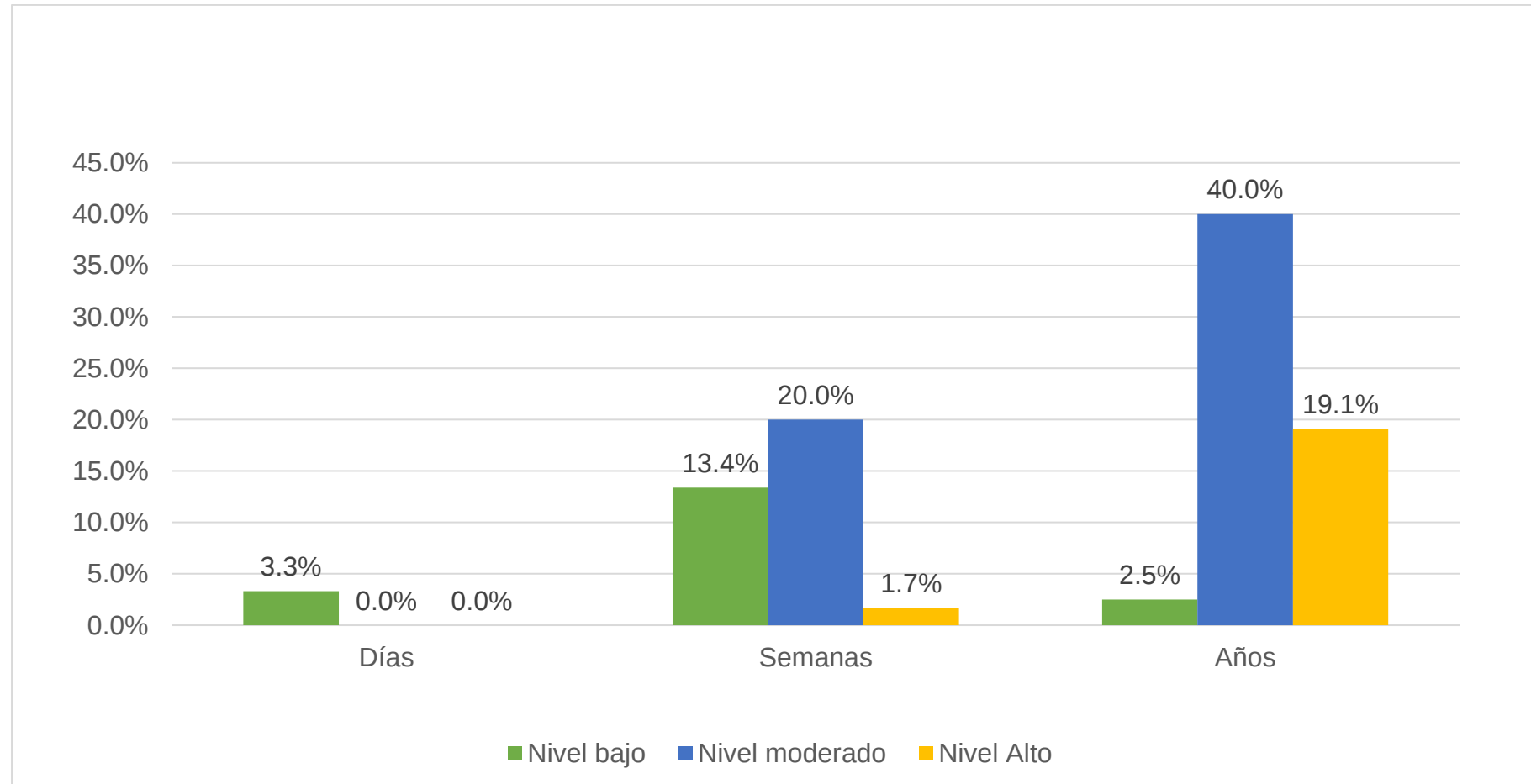
$$X^2_{Tab} = 9.487$$

$$GL = 4$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 4. RELACIÓN DEL TIEMPO DEL DOLOR Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025



Fuente: Tabla 4

En relación al tiempo de dolor y la kinesiofobia, se evidenció que el 61.6% señaló que lo padece años, el 35.1% señaló que lo padece semanas y el 3.3% señaló que lo padecía solo días.

Respecto al test de Tampa para la evaluación de la kinesiofobia, se encontró que el 40% presentó un nivel moderado y 19.1% con nivel alto, predominando en los pacientes que vienen padeciendo el dolor ya hace años.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 42.825, superior al valor crítico tabulado de 9.487 para 4 grados de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo del dolor y el test de Tampa de kinesiofobia.

Según **De Trinidad** (10), se encontró un efecto estadísticamente significativo de los días de dolor sobre la kinesiofobia ($F(2,27)=3.573$, $p=0.042$). En nuestro estudio, el 61.6% de los participantes manifestó haber padecido dolor lumbar durante varios años, lo cual respalda la influencia del tiempo de evolución del dolor en el desarrollo de la kinesiofobia. Este hallazgo es concordante con lo reportado por De Trinidad, evidenciando que la cronicidad del dolor incrementa la percepción de incapacidad y limita la funcionalidad de los pacientes.

TABLA 5. RELACIÓN DE LA INTERFERENCIA CON ACTIVIDADES FÍSICAS Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

TEST DE TAMPA DE KINESIOFOBIA								
INTERFERENCIA CON ACTIVIDADES FÍSICAS (CAMINAR, SENTARSE, LEVANTARSE)	Nivel bajo		Nivel moderado		Nivel Alto		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	12	10.0	62	51.7	25	20.8	99	82.5
No	11	9.2	10	8.3	0	0.0	21	17.5
TOTAL	23	19.2	72	60.0	25	20.8	120	100.0

Fuente: Cuestionario

$X^2_{Cal} = 20.604$

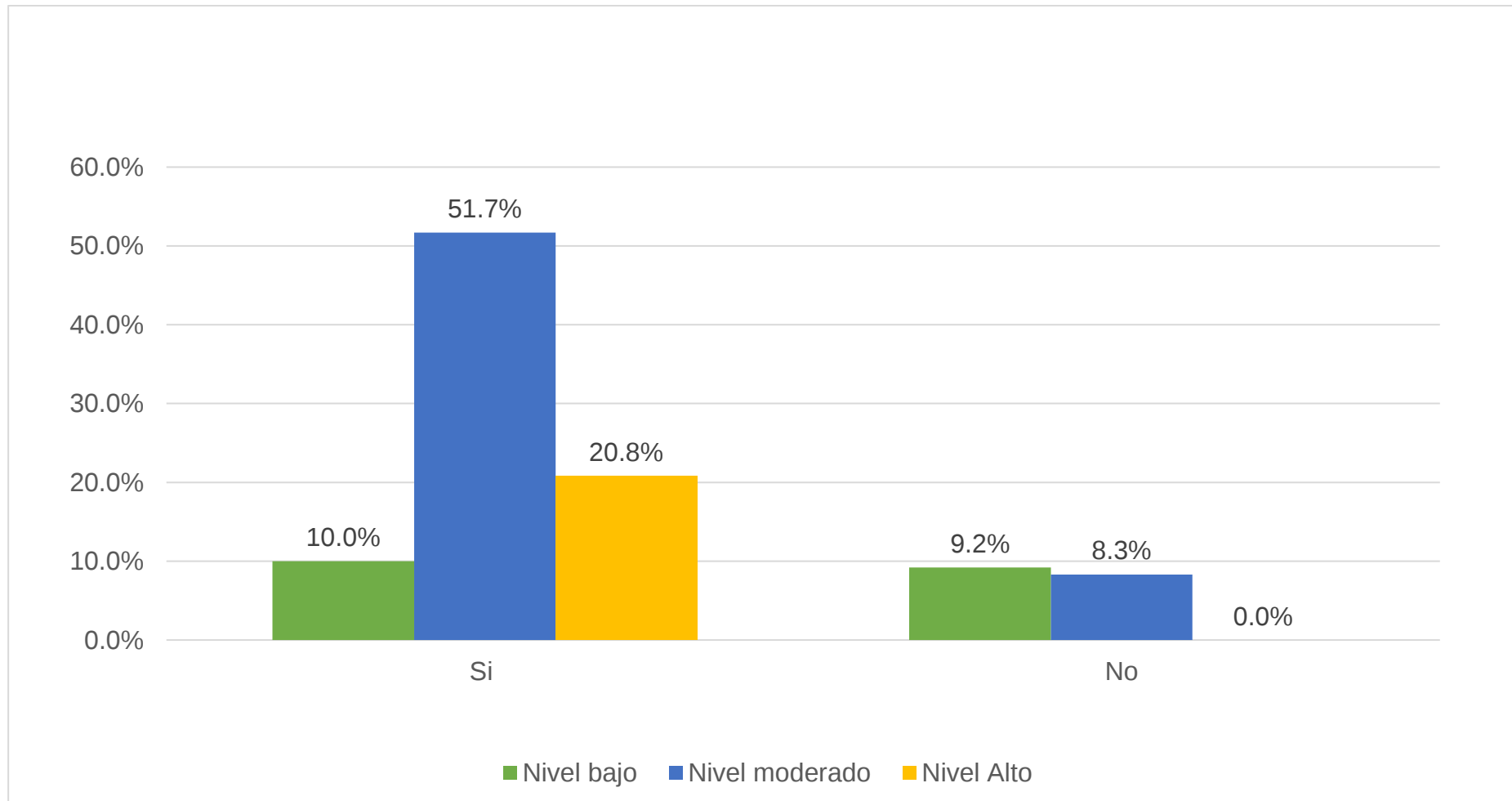
$GL = 2$

$X^2_{Tab} = 5.991$

$P = 0.000$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 5. RELACIÓN DE LA INTERFERENCIA CON ACTIVIDADES FÍSICAS Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025



Fuente: Tabla 5.

En relación con la interferencia con actividades físicas tales como (el caminar, sentarse y levantarse) y la kinesiofobia, se evidenció que el 82.5% señaló que si tuvo interferencia y el 17.5% señaló que no tuvo interferencia en realizar las actividades mencionadas.

Respecto al test de Tampa para la evaluación de la kinesiofobia, se encontró que el 51.7% presentó un nivel moderado y con 20.8% con nivel alto, predominando en pacientes que señalaron que si presentaron interferencia en realizar sus actividades.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 20.604, superior al valor crítico tabulado de 5.991 para 2 grados de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la interferencia con las actividades físicas y el test de Tampa de kinesiofobia.

Según **Carey y Carey** (11), el 18.4% de los pacientes presentó incapacidad moderada, el 17.8% estuvo incapacitado, el 2.0% se encontró postrado en cama y otro 2.0% mostró incapacidad mínima. En nuestro estudio, el 82.5% de los participantes reportó que el dolor lumbar interfería con sus actividades diarias, como caminar, sentarse y levantarse. Este hallazgo es concordante con lo reportado por Carey y Carey, evidenciando que el dolor lumbar genera limitaciones funcionales significativas, aunque en el presente estudio la interferencia se manifestó de manera parcial, reflejando que los pacientes conservan cierta capacidad de realizar actividades pese al dolor.

TABLA 6. RELACIÓN DE LA INTERFERENCIA CON EL SUEÑO Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

INTERFERENCIA CON EL SUEÑO	TEST DE TAMPA DE KINESIOFOBIA							
	Nivel bajo		Nivel moderado		Nivel Alto		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Molestias mínimas	20	16.7	17	14.2	3	2.5	40	33.4
Duerme casi igual	3	2.5	24	20.0	1	0.8	28	23.3
Despierta algunas veces por el dolor	0	0.0	27	22.5	9	7.5	36	30.0
No puede dormir, despierta con frecuencia	0	0.0	4	3.3	12	10.0	16	13.3
TOTAL	23	19.2	72	60.0	25	20.8	120	100.0

Fuente: Cuestionario

$$X^2_{Cal} = 70.846$$

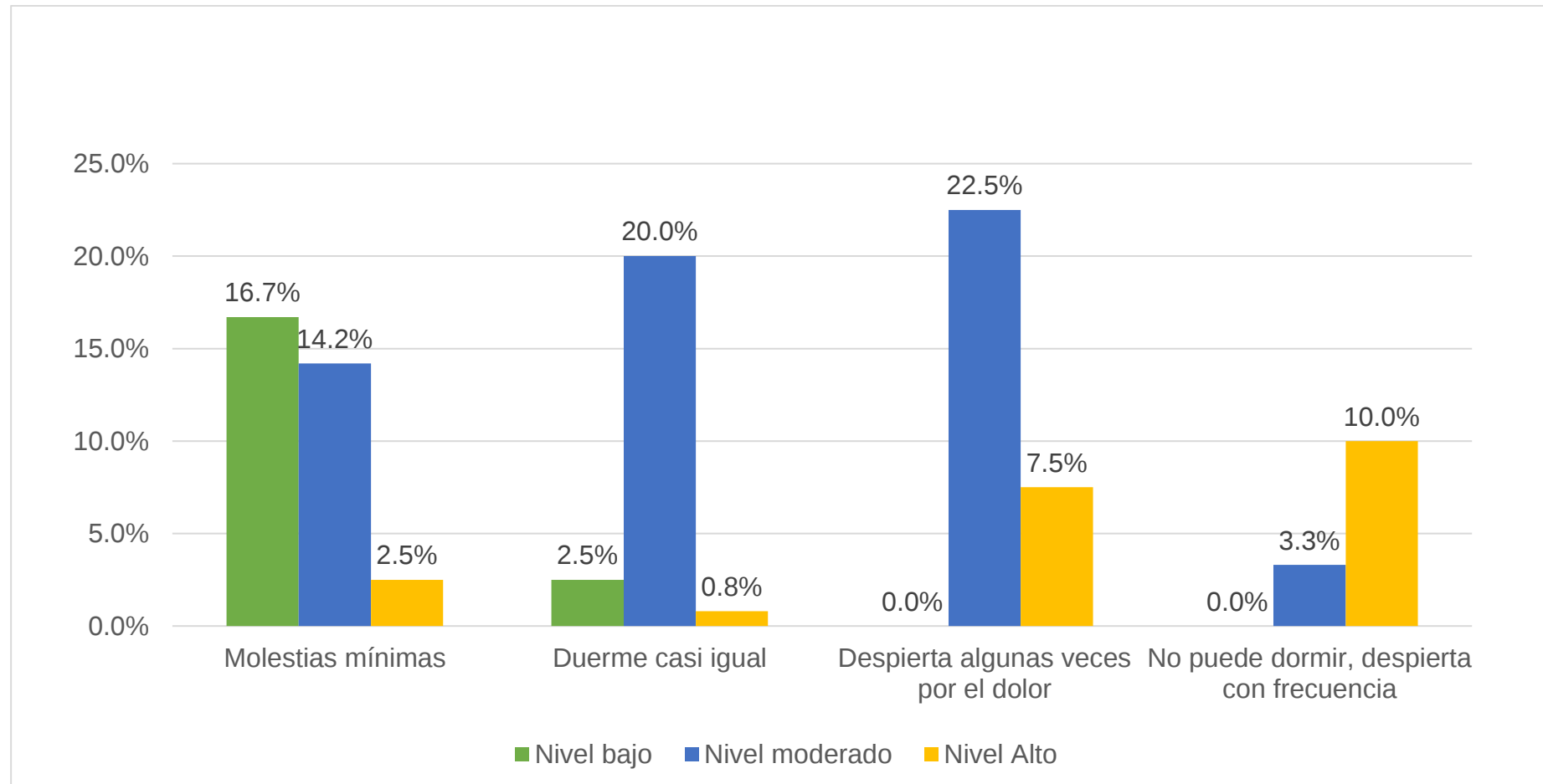
$$GL = 6$$

$$X^2_{Tab} = 12.591$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 6. RELACIÓN DE LA INTERFERENCIA CON EL SUEÑO Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025



Fuente: Tabla 6.

En relación con la interferencia en el sueño y la kinesiofobia, se evidenció que el 33.4% señaló que presento molestias minimas, el 30% señaló que algunas veces despertaba por el dolor, el 23.3% señaló que duerme casi igual y el 13.3% señaló que no puede dormir ya que despierta frecuentemente por la intensidad del dolor que lo presenta.

Respecto al test de Tampa para la evaluación de la kinesiofobia, se encontró que el 22.5% presentó un nivel moderado, siendo frecuente en pacientes que señalaron que despierta algunas veces por el dolor que presenta por otro lado el 16.7% tuvieron un nivel bajo con molestias minimas.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 70.846, superior al valor crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la interferencia con el sueño y el test de Tampa de kinesiofobia.

Según **Flores** (18), el 90% de los participantes presentó afectación en la salud mental relacionada con el dolor lumbar. En nuestro estudio, el 33.4% de los pacientes señaló experimentar molestias mínimas en el sueño, lo cual indica un impacto menor pero detectable sobre su bienestar psicológico. Este hallazgo es parcialmente concordante con lo reportado por Flores, sugiriendo que, si bien el dolor lumbar puede afectar la salud mental, la intensidad y la percepción de dichas molestias varían según la población estudiada y la gravedad del dolor.

TABLA 7. RELACIÓN DE LA INTERFERENCIA CON SUS OCUPACIONES Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

TEST DE TAMPA DE KINESIOFOBIA								
INTERFERENCIA CON SUS OCUPACIONES	Nivel bajo		Nivel moderado		Nivel Alto		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	9	7.5	62	51.7	24	20.0	95	79.2
No	14	11.7	10	8.3	1	0.8	25	20.8
TOTAL	23	19.2	72	60.0	25	20.8	120	100.0

Fuente: Cuestionario

$X^2_{Cal} = 28.753$

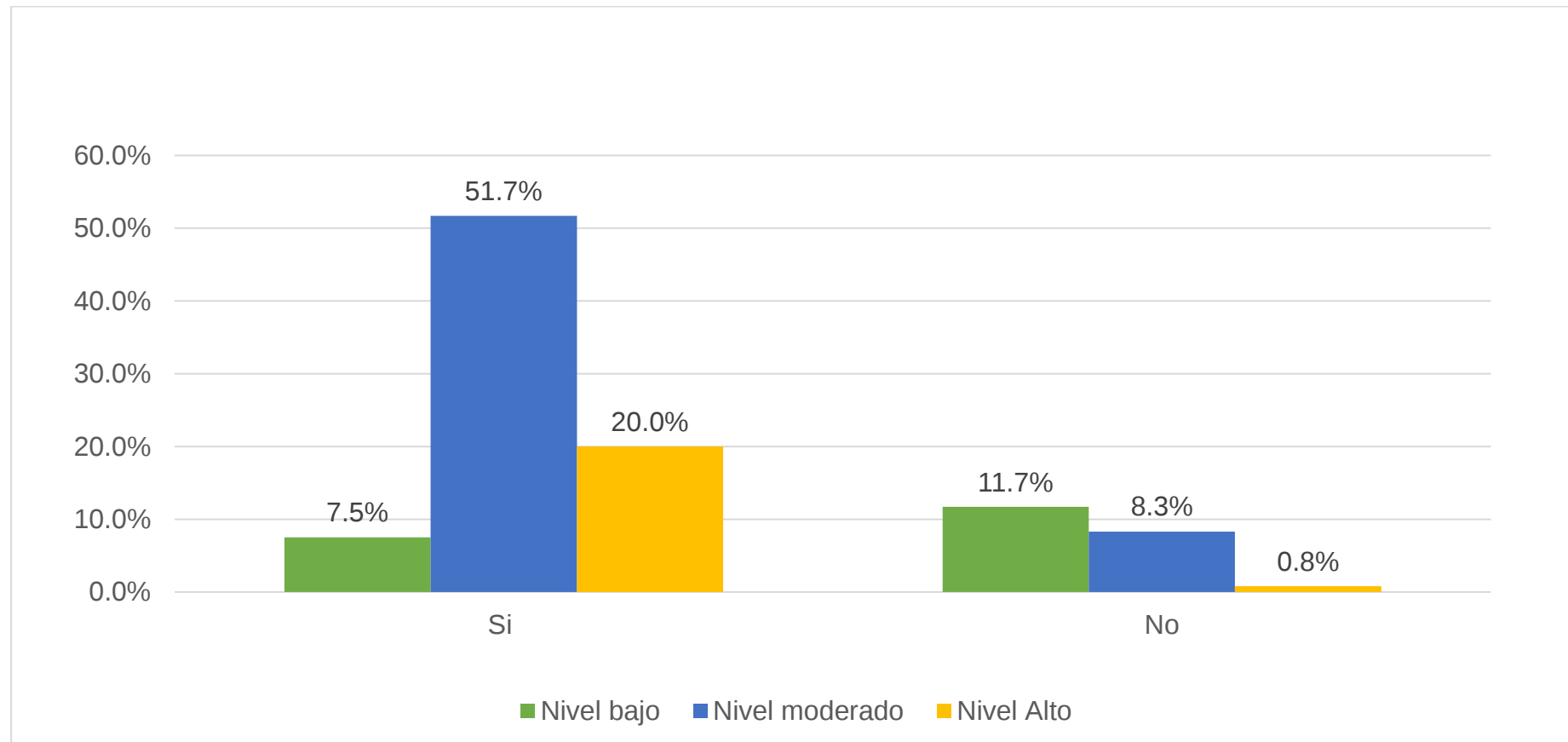
$GL = 2$

$X^2_{Tab} = 5.991$

$P = 0.000$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 7. RELACIÓN DE LA INTERFERENCIA CON SUS OCUPACIONES Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025



Fuente: Tabla 7.

En relación con la interferencia con sus ocupaciones y la kinesiofobia, se evidenció que el 79.2% señaló que si interfiere con sus ocupaciones y el 20.8% señaló que no ha tenido interferencia en sus ocupaciones.

Respecto al test de Tampa para la evaluación de la kinesiofobia, se encontró que el 51.7% presentó un nivel moderado y el 20% con nivel alto, siendo más frecuente en pacientes que señalaron que si presentaron interferencia en sus ocupaciones.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 28.753, superior al valor crítico tabulado de 5.991 para 2 grados de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la interferencia con sus actividades y el test de Tampa de kinesiofobia.

Según **Flores** (18), el 75% de los participantes con dolor lumbar no podía cumplir con sus funciones sociales. En nuestro estudio, el 79.2% de los pacientes reportó interferencia en sus ocupaciones, lo cual es concordante con lo señalado por Flores y evidencia que el dolor lumbar limita significativamente la participación en actividades cotidianas y laborales. Estos hallazgos resaltan la importancia de intervenciones integrales que permitan mejorar la funcionalidad y reducir el impacto del dolor en la vida diaria de los pacientes.

TABLA 8. RELACIÓN DE LA INTERFERENCIA CON SUS OCUPACIONES Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

TEST DE TAMPA DE KINESIOFOBIA								
LIMITACIÓN DEL USO DE TRANSPORTE	Nivel bajo		Nivel moderado		Nivel Alto		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Para manejar	3	2.5	12	10.0	5	4.2	20	16.7
Para subir al transporte publico	9	7.5	57	47.5	20	16.6	86	71.6
Ninguno	11	9.2	3	2.5	0	0.0	14	11.7
TOTAL	23	19.2	72	60.0	25	20.8	120	100.0

Fuente: Cuestionario

$X^2_{Cal} = 36,717$

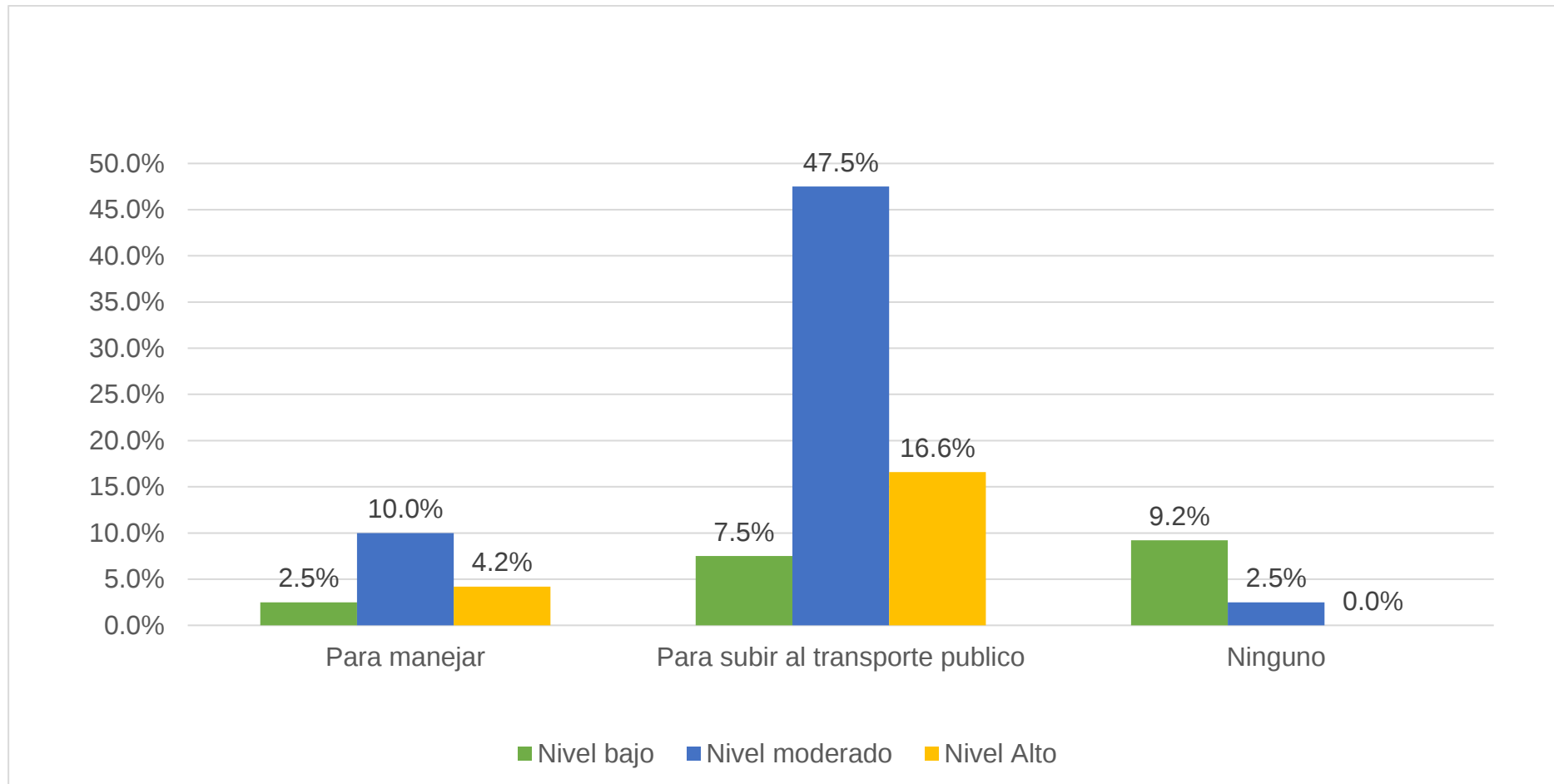
$GL = 6$

$X^2_{Tab} = 12.591$

$P = 0.000$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 8. RELACIÓN DE LA INTERFERENCIA CON SUS OCUPACIONES Y LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025



Fuente: Tabla 8.

En relación con las limitaciones con el uso de transporte y la kinesiofobia, se evidenció que el 71.6% señaló que presento limitaciones para subir al transporte público, el 16.7% señaló que ha tenido limitaciones para manejar la movilidad y el 11.7% señaló que no presento esta limitación para ninguna de las alternativas.

Respecto al test de Tampa para la evaluación de la kinesiofobia, se encontró que el 47.5% presentó un nivel moderado y el 16.6% tenían nivel alto, siendo predominante en pacientes que presentaron limitaciones para subir al transporte público.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 36.717, superior al valor crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre las limitaciones del uso de transporte y el test de Tampa de kinesiofobia.

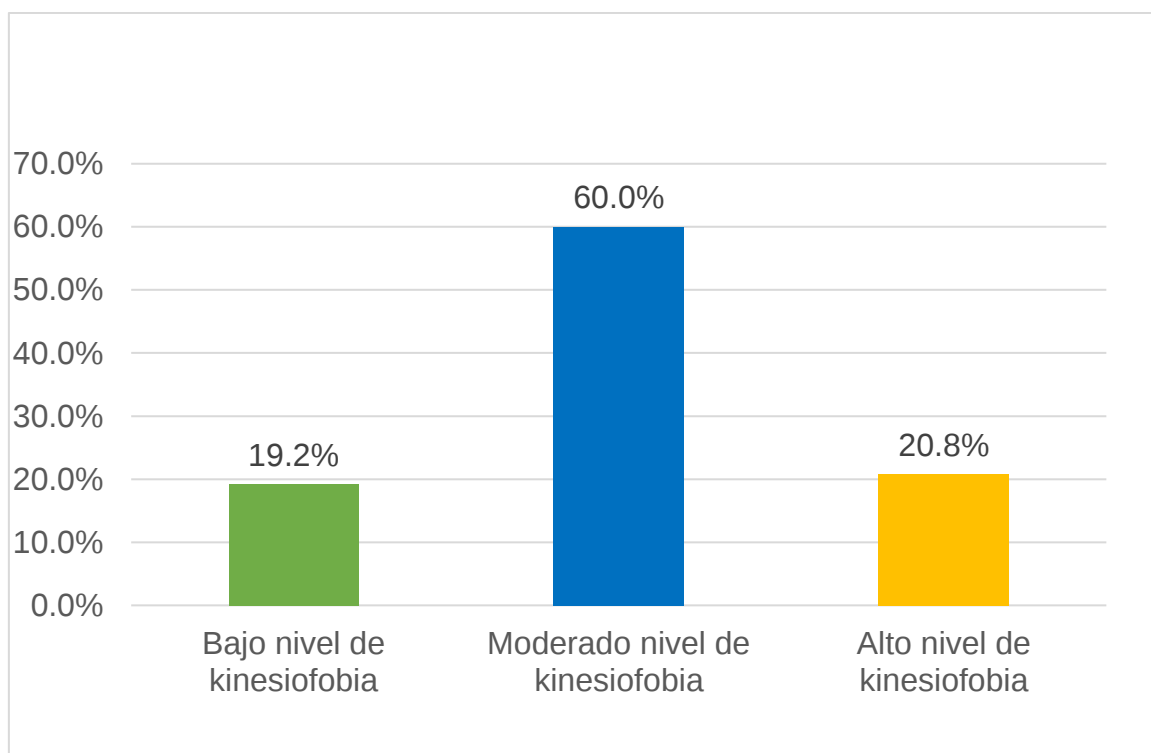
Según **Gonzales et al.** (6), la velocidad de movimiento compuesto (MVLcomp: 0,001) se ve afectada en pacientes con dolor lumbar, lo que limita la realización de actividades físicas. En nuestro estudio, el 71.6% de los participantes reportó limitación para usar el transporte público, lo cual es concordante con los hallazgos de Gonzales et al., evidenciando que la disminución en la capacidad de movimiento repercute directamente en la funcionalidad diaria y la autonomía de los pacientes, afectando su participación social y laboral.

TABLA 9. LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

TEST DE TAMPA DE KINESIOFOBIA	TOTAL	
	fi	%
Bajo nivel de kinesiophobia	23	19.2
Moderado nivel de kinesiophobia	72	60.0
Alto nivel de kinesiophobia	25	20.8
TOTAL	120	100.0

Fuente: Cuestionario

FIGURA 9. LA KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025



Fuente: Tabla 9.

En esta sección se da respuesta al tercer objetivo específico de la investigación, que consistió en evaluar el nivel de kinesiofobia mediante el test de Tampa en adultos de 30 a 50 años atendidos en la clínica traumatológica y de especialidades médicas de Juliaca.

Respecto al test de Tampa para la evaluación de la kinesiofobia, se identificó que el 60% de los participantes presentó un nivel moderado, el 20.8% un nivel alto y el 19.2% un nivel bajo.

Carey y Carey (11): Según Carey y Carey, el 98% de los agricultores presentó un nivel alto de kinesiofobia. En nuestro estudio, el 60% de los participantes presentó un nivel moderado de kinesiofobia, lo cual muestra una diferencia en la intensidad de la kinesiofobia. Esta discrepancia podría explicarse por las características de la población, ya que los pacientes del estudio actual son adultos de 30 a 50 años con variabilidad en la experiencia del dolor lumbar, lo que podría disminuir la percepción de miedo al movimiento comparado con los agricultores evaluados por Carey y Carey.

Galván y Avellaneda (13): Galván y Avellaneda reportaron que el 72.5% de los adultos mayores presentaba niveles elevados de kinesiofobia. En nuestro estudio, el 60% presentó un nivel moderado, lo que indica un nivel menor de kinesiofobia en comparación con la población de adultos mayores. Esto podría deberse a que los participantes del estudio actual son más jóvenes y, por lo tanto, presentan menor deterioro funcional y mejor capacidad de adaptación al dolor, lo que reduce la intensidad de la kinesiofobia.

CONCLUSIONES

Primero: Se analizó una relación estadísticamente significativa entre la hernia de disco lumbar y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años atendidos en la clínica traumatológica y de especialidades médicas de Juliaca, 2025. Los hallazgos muestran que la sintomatología y las limitaciones funcionales fueron los factores más predominantes, por lo que se acepta la hipótesis planteada.

Segundo: Se describió una relación estadísticamente significativa, mediante la prueba de chi-cuadrado, entre la sintomatología y la kinesiofobia. El 99.1% de los participantes reportó dolor lumbar ($p = 0.002$); el 53.3% refirió irradiación hacia los glúteos ($p = 0.000$); el 58.3% manifestó poder caminar, aunque con dificultad ($p = 0.000$); y el 61.6% señaló haber padecido dolor durante varios años ($p = 0.000$). Estos resultados permiten aceptar la hipótesis planteada.

Tercera: Se identificó una relación estadísticamente significativa mediante la prueba de chi-cuadrado entre la limitación funcional y la kinesiofobia. El 82.5% indicó que el dolor interfería con sus actividades ($p = 0.000$), el 33.4% refirió molestias mínimas en el sueño ($p = 0.000$), el 79.2% señaló interferencia con sus ocupaciones ($p = 0.000$) y el 71.6% manifestó limitación para subir al transporte público ($p = 0.000$). Estos hallazgos respaldan la aceptación de la hipótesis planteada.

Cuarta: Se evaluó el nivel de kinesiofobia mediante el test de Tampa en adultos de 30 a 50 años atendidos en la clínica traumatológica encontrándose que el 60% presentó un nivel moderado y el 20.8% un nivel alto.

RECOMENDACIONES

Primera: Al director de la clínica implementar programas integrales de rehabilitación que incluyan fisioterapia personalizada, educación sobre el dolor, intervenciones psicológicas para reducir la kinesiofobia y el uso de tecnologías móviles para seguimiento de ejercicios y adherencia al tratamiento, con el fin de disminuir las limitaciones funcionales en pacientes con hernia de disco lumbar.

Segunda: Al jefe de tecnólogos médicos en rehabilitación implementar programas de fisioterapia y educación en manejo del dolor lumbar, incluyendo ejercicios graduados y estrategias para reducir la kinesiofobia, con el fin de mejorar la movilidad, disminuir la irradiación del dolor y favorecer la funcionalidad diaria de los pacientes.

Tercera: A los tecnólogos médicos en coordinación con los psicólogos implementar programas de rehabilitación integral que incluyan fisioterapia funcional, educación en manejo del dolor y estrategias para reducir la kinesiofobia, con el fin de mejorar la realización de actividades diarias, el sueño, la productividad laboral y la movilidad en el transporte público de los pacientes.

Cuarta: Al personal de salud del servicio de rehabilitación y los psicólogos implementar estrategias específicas para reducir la kinesiofobia, incluyendo programas de fisioterapia supervisada, educación sobre el manejo del dolor y apoyo psicológico, especialmente en pacientes con niveles moderados y altos, para mejorar la movilidad y la funcionalidad diaria personales y relevantes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berrospi YS. Nivel de kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/7070f4e6-a46b-4e3d-81e4-6b10f9f2588>.
2. Physio. Kinesiophobia - Physiopedia [Internet]. 2025 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.physio-pedia.com/Kinesiophobia>
3. Organización Mundial de la Salud. Dolor lumbar. OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>.
4. Caña A, Apolo Arenas MD. Un estudio propone una combinación de técnicas eficaces para el tratamiento del dolor lumbar crónico. Gabinete de Comunicación de la Universidad de Extremadura; 2023. Disponible en: <https://comunicacion.unex.es/2023/06/14/un-estudio-propone-una-combinacion-de-tecnicas-eficaces-para-el-tratamiento-del-dolor-lumbar-cronico/>.
5. Flores A. Kinesiofobia y su relación con el dolor lumbar. [Tesis de grado]. Río Negro: Universidad Nacional de Río Negro; 2024. Disponible en: <https://rid.unrn.edu.ar/handle/20.500.12049/11951>.
6. González B, Escolar C, Gómez M. Alteraciones del equilibrio y efectos del entrenamiento de la fuerza en el equilibrio del adulto mayor. Journal of Move & Therapeutic Science. 2020;2(2):231-46.



7. Zavala E, Vallejo K, Orozco E. Rehabilitación Fisioterapéutica para la Kinesiofobia en Adultos Mayores Post-Caída: Un Estudio de Caso. Polo del Conocimiento. 10 de julio de 2024;9(7):922-38.
8. Diaz C. Kinesiofobia y sus factores de riesgo en adultos mayores de 60 a 90 años postquirúrgicos de reemplazo total de cadera. 26 de diciembre de 2023 [citado 2 de junio de 2025]; Disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/1287>
9. Flores A. Kinesiofobia y su relación con el dolor lumbar. 2024 [citado 2 de junio de 2025]; Disponible en: <http://rid.unrn.edu.ar/handle/20.500.12049/11951>
10. De Trinidad F. Relación entre kinesiofobia y tiempo de recuperación funcional en pacientes con fractura de tobillo [Internet] [engd]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2023 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://revistamedica.com/relacion-kinesiofobia-tiempo-recuperacion-fractura-tobillo/>
11. Carey V, Carey L. Repositorio Continental: Incapacidad funcional por lumbalgia y kinesiofobia en agricultores del distrito de Sapallanga, 2023 [Internet]. [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/16742>
12. Orihuela B. Nivel de kinesiofobia en pacientes adultos mayores en el centro de rehabilitación física y neurológica cerfineuro, periodo 2023 [Internet] [Trabajo Academico]. [lima Perú]: Universidad Roosevelt; 2023. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a4059976-a6a5-4a3b-a817-528bae49c8f4/content>



13. Galvan R, Avellaneda J. Relación de la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023. Universidad Continental [Internet]. 2024 [citado 2 de junio de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/15097>
14. Ojeda J. Nivel de kinesiofobia y su relación con el dolor lumbar en personal administrativo de una empresa de transporte de carga, 2023 [Internet]. 2021 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/06e2d652-694f-4092-bd0d-8bfd45a24073>
15. Lara L. "Nivel de kinesiofobia y la discapacidad de hombro en pacientes de un Centro de Terapia en San Juan de Lurigancho, 2023." 14 de noviembre de 2023 [citado 2 de junio de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/10940>
16. Condori D, Lomas M. Nivel de kinesiofobia en pacientes postfractura en las clínicas de Juliaca, 2022. Universidad Continental [Internet]. 2023 [citado 2 de junio de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/13835>
17. Prado Y. Asociación de dolor lumbar con hernia discal, evidenciado con resonancias magnéticas de enero a mayo del 2021. Universidad Continental [Internet]. 2021 [citado 2 de junio de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/10605>
18. Flores L. Relación de discapacidad y la calidad de vida de adultos mayores con lumbalgia que asisten al servicio de rehabilitación del hospital III Juliaca, 2019.



- 26 de noviembre de 2020 [citado 2 de junio de 2025]; Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.13053/4491>
19. Tumi A. prevalencia de la lumbalgia ocupacional en trabajadores de centros minero de la región norte de puno, hospital III Juliaca abril 2021 – diciembre 2021 [Internet] [Trabajo Academico]. [Puno - Perú]: Universidad Nacional Del Altiplano De Puno; 2022. Disponible en:
<https://vriunap.pe/fedu/upload/2021/p00000451-3-Proy.pdf>
20. Iglesias L, Mamani R. Efectividad del Método Pold en el tratamiento del paciente adulto mayor con lumbociatalgia, en el Centro Fisiocenter CETEFIR Juliaca de octubrenoviembre, 2022 [Internet] [Trabajo Academico]. [juliaca - Perú]: Universidad Continental; Disponible en:
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13262/2/IV_FCS_507_TE_Iglesias_Mamani_2023.pdf
21. Mayo clinic. Hernia de disco - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/herniated-disk/symptoms-causes/syc-20354095>
22. Torres S. Riesgo ergonómico y trastornos musculoesqueléticos en trabajadores de industria alimentaria en el Callao en el 2021 [Internet]. [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000300005
23. Discapnet. Enfermedades reumáticas de espalda: hernia discal y tratamiento [Internet]. [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en:
<https://www.discapnet.es/salud/lesiones-y-heridas/hernia-discal>



24. Casado Morales M^a I, Moix J, Vidal J. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Clínica y Salud. diciembre de 2008;19(3):379-92.
25. Casado M, Moix J, Vidal J. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Clínica y Salud. diciembre de 2008;19(3):379-92.
26. Galvez M. Diagnóstico diferencial de hernia discal [Internet]. 2025 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082017000200006
27. ResearchGate. Limitación funcional e incapacidad en trabajadores de mantenimiento e intendencia con lumbalgia inespecífica. 21 de marzo de 2025 [citado 2 de junio de 2025]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/389960472_Limitacion_funcional_e_incapacidad_en_trabajadores_de_mantenimiento_e_intendencia_con_lumbalgia_inespecifica
28. Garro K. Lumbalgias. Medicina Legal de Costa Rica. septiembre de 2012;29(2):103-9.
29. Physiopedia. Dolor lumbar con déficit de movilidad [Internet]. [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.physio-pedia.com/Low_Back_Pain_With_Mobility_Deficit
30. Newyorkspinespecialist. Factores de riesgo que pueden provocar una hernia discal Cirugía de columna en Nueva York [Internet]. 2022 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://newyorkspinespecialist.com/es/factores-de-riesgo-que-pueden-provocar-una-hernia-discal/>



31. Orthoinfo. Hernia de disco en la zona lumbar [Internet]. [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.orthoinfo.org/es/diseases--conditions/hernia-de-disco-en-la-columna-lumbar-herniated-disk-in-the-lower-back/>
32. Pomares G. Kinesiofobia, actividades para reducir el miedo al movimiento [Internet]. Rehametrics. 2023 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://rehametrics.com/kinesiofobia-actividades-tratamiento/>
33. Physiopedia. Escala de kinesiofobia de Tampa [Internet]. 2025 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.physio-pedia.com/Tampa_Scale_of_Kinesiophobia
34. Párraga GT. Propiedades psicométricas de la versión española de la Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). The Journal of Pain. 2011;12(4):425–35.
35. Universidad Veracruzana. Tipos de investigación [Internet]. [citado 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.uv.mx/apps/bdh/investigacion/unidad1/investigacion-tipos.html>
36. Flores S, Anselmo F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria [Internet]. enero de 2019 [citado 10 de abril de 2025];13(1):102-22. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2223-25162019000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Woby S, Roach N, Urmston M, Watson PJ. Propiedades psicométricas de la TSK-11: Una versión abreviada de la Escala de Tampa para Kinesiofobia. Pain. 2005;117(1-2):137-144. doi:10.1016/j.pain.2005.05.029.



ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

	 DOLOR LUMBAR	 IRRADIACIÓN DE DOLOR	 DEBILIDAD AL CAMINAR	 TIEMPO DE DOLOR	 INTERFERENCIA	 DOLOR INTERFERIENDO CON SUEÑO	 INTERFERENCIA CON SUS OCUPACIONES	 LIMITACIÓN DEL USO DEL TRANSPORTE	 TES_TAMPA
1	1	1	1	2	2	1	1	1	2
2	1	5	2	3	1	4	1	2	3
3	1	2	1	2	2	1	2	2	2
4	1	2	1	2	1	2	1	3	2
5	1	3	2	3	1	3	1	1	3
6	1	1	1	2	2	1	2	3	1
7	1	1	1	2	1	1	2	3	1
8	1	1	1	2	2	1	1	3	1
9	2	2	1	2	1	2	1	2	1
10	1	1	1	1	2	1	2	3	1
11	1	1	1	2	1	1	2	3	1
12	1	2	1	2	1	2	1	2	1
13	1	1	1	2	1	1	2	3	1
14	1	1	1	1	2	1	2	3	1
15	1	1	1	2	1	1	2	3	1
16	1	1	1	2	2	1	2	3	1
17	1	5	2	3	1	4	1	2	3
18	1	1	1	2	2	1	2	3	2
19	1	2	1	2	2	2	1	2	2
20	1	1	1	2	1	1	2	3	2
21	1	1	1	2	2	1	2	3	1
22	1	1	1	1	2	1	2	3	1
23	1	2	2	2	1	2	1	1	1
24	1	3	2	3	1	3	1	2	2
25	1	1	1	2	2	1	1	2	1



	DOLOR LUMBAR	IRRADIACIÓN DE DOLOR	DEBILIDAD AL CAMINAR	TIEMPO DE DOLOR	INTERFERENCIA	DOLOR INTERFIERE RECONSUENO	INTERFERENCIA CON SUECUPACIONES	LIMITACIÓN DEL USO DEL TRANSPORTE	TES_TAMPA
26	1	3	2	3	1	2	1	2	2
27	1	2	2	3	1	2	1	2	2
28	1	1	1	2	1	1	2	2	1
29	1	2	1	3	1	1	1	2	1
30	1	3	2	3	1	3	1	2	2
31	1	1	1	3	2	1	1	2	1
32	1	2	1	3	1	2	1	2	2
33	1	1	1	1	1	1	2	1	1
34	1	2	1	3	1	1	1	1	1
35	1	1	1	2	2	1	1	2	2
36	1	1	1	2	1	1	2	2	1
37	1	2	1	3	1	2	1	2	2
38	1	2	1	3	1	2	1	1	2
39	1	1	1	2	1	1	2	2	2
40	1	1	1	2	2	1	1	2	1
41	1	1	1	2	1	1	2	2	2
42	1	3	2	3	1	3	1	2	2
43	1	1	1	2	2	1	1	2	2
44	1	5	3	3	1	4	1	2	3
45	1	1	1	2	1	1	2	1	2
46	1	1	2	2	2	2	1	2	2
47	1	2	1	2	1	1	2	2	2
48	1	2	2	3	1	2	1	1	2
49	1	3	2	3	1	2	1	1	2
50	1	2	2	2	1	2	1	2	2



	DOLOR LUMBAR	IRRADIACIÓN DE DOLOR	DEBILIDAD AL CAMINAR	TIEMPO DE DOLOR	INTERFERENCIA	DOLOR INTERFERIENDO RECONSUENO	INTERFERENCIA CON SUS OCUPACIONES	LIMITACIÓN DEL USO DEL TRANSPORTE	TES_TAMPA
51	1	1	1	2	2	1	2	2	1
52	1	3	2	3	1	2	1	2	2
53	1	2	2	3	1	2	1	2	2
54	1	2	2	2	1	2	1	1	2
55	1	3	2	2	1	3	1	2	2
56	1	2	2	3	2	2	2	1	2
57	1	4	3	3	1	4	1	2	3
58	1	3	2	3	1	2	1	2	2
59	1	2	2	3	1	2	1	1	2
60	1	5	3	3	1	4	1	2	3
61	1	3	2	3	1	2	2	2	2
62	1	1	1	2	2	2	1	2	2
63	1	3	2	3	1	3	1	2	2
64	1	2	2	3	1	2	1	2	2
65	1	2	2	3	1	2	1	1	2
66	1	2	2	2	1	2	2	2	3
67	1	2	2	3	1	2	1	2	2
68	1	4	2	3	1	4	1	2	3
69	1	1	1	2	2	1	2	2	2
70	1	5	3	3	1	4	1	2	3
71	1	2	2	2	1	2	1	2	2
72	1	2	2	3	1	2	1	1	2
73	1	2	3	3	1	4	1	2	2
74	1	2	2	3	1	3	1	2	2
75	1	2	2	3	1	3	1	2	2



	 DOLOR LUMBAR	 IRRADIACIÓN DE DOLOR	 DEBILIDAD AL CAMINAR	 TIEMPO DE DOLOR	 INTERFERENCIA	 DOLOR INTERFIERE RECONSUENO	 INTERFERENCIA CON SUS OCUPACIONES	 LIMITACIÓN DEL USO DEL TRANSPORTE	 TES_TAMPA
76	1	2	2	2	1	3	1	2	2
77	1	2	2	3	1	3	1	2	2
78	1	3	2	3	1	3	1	1	3
79	1	3	2	3	1	3	1	1	3
80	1	2	2	3	1	3	1	2	2
81	1	3	3	3	1	4	1	1	3
82	1	2	2	3	1	3	1	2	2
83	1	2	2	2	1	3	1	2	2
84	1	2	2	3	1	4	1	2	2
85	1	2	2	3	1	3	1	2	2
86	1	2	2	3	1	1	1	2	2
87	1	2	2	3	1	1	1	2	2
88	1	2	2	2	1	1	1	2	2
89	1	2	2	3	1	3	1	2	2
90	1	2	2	3	1	3	1	2	2
91	1	2	2	3	1	3	1	2	2
92	1	2	2	3	1	3	1	2	2
93	1	2	2	3	1	3	1	2	3
94	1	2	2	3	1	3	1	2	2
95	1	2	2	3	1	3	1	2	3
96	1	2	2	3	1	3	1	2	2
97	1	2	2	3	1	3	1	2	2
98	1	2	2	3	1	3	1	2	2
99	1	2	2	3	1	3	1	2	2
100	1	2	2	3	1	3	1	2	2



	DOLOR LUMBAR	IRRADIACIÓN DE DOLOR	DEBILIDAD AL CAMINAR	TIEMPO DE DOLOR	INTERFERENCIA	DOLOR INTERFIERE RECONSUENO	INTERFERENCIA CON SUS OCUPACIONES	LIMITACIÓN DEL USO DEL TRANSPORTE	TES_TAMPA
101	1	2	2	2	1	1	1	2	3
102	1	2	2	2	1	1	1	2	2
103	1	2	2	3	1	3	1	2	3
104	1	2	2	3	1	3	1	2	3
105	1	2	2	3	1	3	1	2	2
106	1	2	2	3	1	3	1	2	2
107	1	2	2	3	1	3	1	2	2
108	1	2	2	3	1	3	1	2	3
109	1	3	2	3	1	3	1	2	3
110	1	3	3	3	1	4	1	2	3
111	1	2	2	3	1	3	1	2	2
112	1	2	2	3	1	4	1	2	3
113	1	2	2	2	1	1	1	2	2
114	1	2	2	3	1	1	1	2	3
115	1	4	3	3	1	4	1	2	3
116	1	2	2	3	1	1	1	2	3
117	1	2	2	3	1	1	1	2	2
118	1	3	3	3	1	4	1	1	2
119	1	3	3	3	1	4	1	1	2
120	1	3	3	3	1	4	1	1	3



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE VALORES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL PG. ¿Qué relación existe entre Hernia de disco lumbar y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca 2025?	OBJETIVO GENERAL OG. Analizar la relación que existe entre Hernia de disco lumbar y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca 2025	HIPÓTESIS GENERAL Existe una relación significativa entre Hernia de disco lumbar y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca 2025.	Variable 1 Hernia de disco lumbar	1.1. Sintomatología	1.1.1. presencia del dolor lumbar	a) Si b) No	Diseño de investigación: diseño no experimental Tipo de investigación Tipo básica de nivel correlacional Método: Hipotético-deductivo, Cuantitativo Método: hipotético deductivo Población: 120 pacientes Muestra: El 100% muestra censal Técnicas: Variable 1: Encuesta Variable 2: Encuesta
					1.1.2. Irradiación del dolor lumbar	a) sin irradiación b) Irradiado a los glúteos c) Irradiado a la rodilla d) Irradiado a la pantorrilla e) Irradiación con pérdida de fuerza	
					1.1.3. Déficit motor (dificultad para caminar o mover una pierna)	a) No presenta debilidad b) Puede caminar, pero con alguna dificultad c) Necesita apoyo como de bastón, o persona	
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS					
PE 1. ¿Qué relación existe entre la sintomatología y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca?	OE 1.- Describir la relación que existe entre la sintomatología y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca?	HE 1. Existe una relación significativa entre la sintomatología y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca.		1.2. Limitación funcional	1.2.1. Interferencia con actividades físicas (caminar, sentarse, levantarse)	a) Si b) No	
PE 2. ¿Qué relación existe entre la limitación funcional y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca?	OE 2.- Identificar la relación que existe entre la limitación funcional y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca?	HE 2. Existe una relación significativa entre la limitación funcional y la kinesiofobia en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca.			1.2.2. interferencia con el sueño	a) Molestias mínimas b) Duerme casi igual c) Despierta algunas veces por el dolor d) No puede dormir, despierta con frecuencia	



especialidades médicas, Juliaca?	traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca?	de especialidades médicas, Juliaca.			1.2.3. Interferencia con sus ocupaciones	a) Si b) No	Instrumentos: Variable 1: Cuestionario Variable 2: Cuestionario
PE 3. ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia según el test de Tampa en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca?	OE 3.- Evaluar el nivel de kinesiofobia según el test de Tampa en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca.	HE 3. El nivel de kinesiofobia según el test de Tampa es moderado en adultos de 30 a 50 años de la clínica traumatológica y de especialidades médicas, Juliaca	Variable 2. Kinesiofobia	2.1. Test de Tampa de Kinesiofobia	1.2.4. Limitación del uso de transporte	a) Para manejar b) Para subir al transporte público c) Ninguno	
						a) Bajo nivel de kinesiofobia b) Moderado nivel de kinesiofobia c) Alto nivel de kinesiofobia	



ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente, autorizo voluntariamente mi participación en el proyecto de investigación titulado: **“KINESIOFOBIA RELACIONADO A HERNIA DE DISCO LUMBAR EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA – 2025”**

Que será realizado por: **Yerson Yoel Mendoza Larico**

Objetivos: Conocer la relación que existe entre la kinesiofobia y la hernia de disco lumbar en adultos de 30 a 50 años en la Clínica Traumatológica y de Especialidades Médicas, Juliaca – 2025.

Se requiere mi participación para la recolección de datos mediante un cuestionario, garantizando que la información será totalmente confidencial, anónima y utilizada únicamente con fines académicos y científicos. Mi privacidad y seguridad están protegidas, y los datos no podrán ser vistos por personas ajenas al estudio.

DECLARACIONES:

Declaró mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, para mí.

En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en el estudio descrito.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

FIRMA

FIRMA

****Gracias por su colaboración****



ANEXO 4: INSTRUMENTO:

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO: HERNIA DE DISCO LUMBAR

Edad del participante: _____ años

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha: ____ / ____ / 2025

1. Sintomatología

1.1 ¿Actualmente presenta dolor en la zona lumbar (parte baja de la espalda)?

a) Sí

b) No

1.2 ¿El dolor se irradia (se extiende) hacia alguna parte del cuerpo?

a) No se irradia

b) Sí, hacia los glúteos

c) Sí, hacia la rodilla

d) Sí, hacia la pantorrilla

e) Sí, con pérdida de fuerza en la pierna

1.3 ¿Ha notado debilidad o dificultad para caminar o mover una pierna?

a) No presenta debilidad

b) Puede caminar, pero con alguna dificultad

c) Necesita apoyo (como bastón o ayuda de otra persona)



1.4 ¿Desde hace cuánto tiempo tiene este dolor?

- a) Días
- b) Semanas
- c) Años

2. Limitación funcional

2.1 ¿El dolor le dificulta realizar actividades como caminar, sentarse o levantarse?

- a) Sí
- b) No

2.2 ¿El dolor interfiere con su sueño?

- a) Molestias mínimas
- b) Duerme casi igual
- c) Se despierta algunas veces por el dolor
- d) No puede dormir bien, se despierta con frecuencia

2.3 ¿El dolor afecta sus ocupaciones diarias o trabajo?

- a) Sí
- b) No

2.4 ¿Tiene dificultades para transportarse por el dolor?

- a) Sí, al manejar
- b) Sí, al subir al transporte público
- c) No tengo dificultades

VARIABLE 2: Escala de Tampa para la Kinesiofobia

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con su percepción sobre el dolor y el movimiento físico. Marque con una (✓) la opción que mejor represente su grado de acuerdo con cada afirmación.

Escala de respuesta:

1 - Totalmente en desacuerdo

2 - En desacuerdo

3 - De acuerdo

4 - Totalmente de acuerdo

Nº	Ítem	1	2	3	4
1	Me da miedo hacer ejercicio porque podría agravar mi dolor.				
2	Las personas sanas no deberían evitar actividades físicas.				
3	Si intento hacer ejercicio, podría dañar mi cuerpo.				
4	Mi cuerpo es frágil y fácilmente lesionable.				
5	El dolor me dice cuándo debo parar de hacer actividad física.				
6	Es importante proteger mi cuerpo del dolor.				
7	Las personas con dolor deben tener precaución al hacer ejercicio.				
8	El movimiento puede causar más daño a mi cuerpo.				
9	No estoy seguro de si puedo hacer ejercicio sin causar daño.				
10	Incluso si me siento bien, podría lesionarme si soy demasiado activo.				
11	Evito actividades físicas que podrían aumentar mi dolor, aunque no esté lesionado.				



Puntuación e interpretación

Puntuación:

- Sumar las puntuaciones de todos los ítems.
- El ítem 2 es de puntuación inversa: $1 \Rightarrow 4$, $2 \Rightarrow 3$, $3 \Rightarrow 2$, $4 \Rightarrow 1$

Interpretación del puntaje total:

11 – 22 → Bajo nivel de kinesiofobia

23 – 33 → Moderado nivel de kinesiofobia

34 – 44 → Alto nivel de kinesiofobia

ANEXO 5: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN
ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y
DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombre del juez experto: Licett J. Gutierrez CanazasCentro Laboral: Essalud - Hospital III Juliacaespecialidad: T.M. en Terapia Física y RehabilitaciónNro. de colegiatura: 5168

Instrucciones.

1= inferior al básico

2= básico

3= intermedio

4= sobresaliente

5= muy sobresaliente

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					X
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				X	
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					X
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	



Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = 84.3

Muy baja	baja	regular	alta	Muy alta
00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.

.....

Reo Asistente Judicial - Acusado II
Eduardo Salas
Dic. Ter. Linares J. Gutierrez Carreras
Esp. Terapia Física y Rehabilitación
C.M. 516P



HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombre del juez experto: Atalaya Goya, Carlos del Carmen

Centro Laboral: EsSalud- Hospital III Juliaca

especialidad: P.M. en Terapia Física y Rehabilitación

Nro. de colegiatura: 2083

Instrucciones.

1= inferior al básico

2= básico

3= intermedio

4= sobresaliente

5= muy sobresaliente

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)			X		



9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)						X
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)						X
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X	
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)						X
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X	
Puntaje parcial		0	0	3	40	20	
Puntaje total:							63

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = **84**

3. Escala de validación.

Muy baja	baja	regular	alta	Muy alta
00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

4. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Falta preguntas distractoras, se puede mejorar la especificidad.

Lic. Atalaya Yaya, Carlos
T.M. TERAPIA FÍSICA Y REHAB.
CTMP. 7083
EsSalud



HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombre del juez experto: Jhasmani Ito Rucra

Centro Laboral: Essalud-Hospital III Juliaca

especialidad: T.M. en Trabajo Físico y Rehabilitación

Nro. de colegiatura: 6557

Instrucciones.

1= inferior al básico

2= básico

3= intermedio

4= sobresaliente

5= muy sobresaliente

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				X	
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					X
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X

9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)				X	
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				X	
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)				X	
Puntaje parcial		6	0	0	36	30
Puntaje total:						66

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = 88

3. Escala de validación.

Muy baja	baja	regular	alta	Muy alta
00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

4. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Existe Preguntas Discrepancias.

.....

Red Asistencial Juñaca - Hospital III
 T.M. Jhasmani Ito Rivera
 Esp. Terapia Física y Rehabilitación
 C.T.M.P. 6587



ANEXO 6. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE TESIS

LIC. LICETT J. GUTIERREZ CANAZAS

JEFA DE CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Yo, **YERSON YOEL MENDOZA LARICO**, bachiller
En tecnología médica de la universidad andina
"Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, identificado
Con DNI 73951080, con domicilio en pj. Bulgaria 129
Juliaca, ante Ud. Me presento y expongo lo
siguiente:

Que, mediante el presente documento me dirijo a usted, Lic. Licett jefa de de la clínica "traumatológica y de especialidades médicas" Juliaca, con la finalidad de solicitarle autorización para realizar estudio de tesis, en el área de terapia física y rehabilitación, **"HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025"**, con el fin de optar mi título profesional de licenciado en tecnología médica.

Por lo expuesto:

Ruego a usted Lic. Licett jefa de la clínica "traumatológica y de especialidades médicas" acceder a mi petición.

Juliaca, 11 de junio del 2025

Red Asistencia Juliaca - Hospital II
Lic. **Licett J. Gutierrez Canazas**
Esp. Terapia Física y Rehabilitación
CTMP: 5168

Lic. Licett Gutierrez Canazas

Bach. Yerson Yoel Mendoza Larico



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN



**AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV**

Formato digital ☒

Fecha de entrega: 30/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: YERSON YOEL MENDOZA LARICO

Dirección: Psje. Vulgaria Nro 129, Urb. Señor de los Milagros Etapa 2 – San Miguel – San Román

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 73951080

Teléfono: 927650007 email: mendozayerson578@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: TECNOLOGÍA MÉDICA

Título o Grado Académico a optar: LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA

Asesor: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☐

Título: HERNIA DE DISCO LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS DE LA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA Y DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, JULIACA 2025

Palabras claves, (3 a 5 términos): Adultos de 30 a 50 años, disco lumbar, hernia y kinesiofobia

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☒ Título ☐ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☒ Sí autorizo
- ☐ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.



Internacional



Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA – P11

Firma de Autor



huella digital

30 – DICIEMBRE – 2025

Fecha