



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



**DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN  
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA  
MONTE SINAÍ DE JULIACA 2025**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. REYNA QUISPE PANCCA**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA 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**  
**DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN**  
**PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**MONTE SINAI DE JULIACA 2025**


TESIS PRESENTADA POR:  
**Bach. REYNA QUISPE PANCCA**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA**  
**ESPECIALIDAD: TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**APROBADO POR EL JURADO REVISOR:**

**PRESIDENTE** :   
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

**PRIMER MIEMBRO** :   
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

**SEGUNDO MIEMBRO** :   
Dra.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

**ASESOR DE TESIS** :   
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** SALUD PÚBLICA - P11



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 1317 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 04 de Diciembre del 2025

**VISTOS:**

El Expediente N° 2025 – 127629 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: **DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE 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: **LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN** del bachiller: **QUISPE PANCCA REYNA** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- \* **Presidente** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- \* **1er. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- \* **2do. Miembro** : Dra. Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

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

**DIA** : MIERCOLES 10 DE DICIEMBRE DEL 2025  
**HORA** : 10:00 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 Tecnología Médica 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)



**UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 482 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 20 de junio del 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 045-2025-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 18 de junio de la E.P. de Tecnología Médica a folio 000099

**CONSIDERANDO:**

Que, el (la) egresado (a) **QUISPE PANCCA REYNA** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE 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. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- \*

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 706-2025-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) **QUISPE PANCCA REYNA** para optar el Título Profesional de **LICENCIADO (A) EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN** titulado: **DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE 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. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

**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.



Distribución: Decanato, EP, TM, Secretaría Académica, Archivo

**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"****RESOLUCIÓN DECANAL N° 10150 2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 14 de noviembre del 2025

**VISTOS:**

El Expediente N° 11740-2025 de fecha 13 de noviembre del 2025, presentado por la Bachiller: **QUISPE PANCCA REYNA** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE 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. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
  
- \* **Asesor (a)** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

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 **QUISPE PANCCA REYNA** para optar el título profesional de: **LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN** con el tema titulado: **DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE JULIACA 2025** correspondiente a la línea de investigación **SALUD PÚBLICA P11**

- \* **ARTICULO SEGUNDO.- RATIFICAR** como **ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN** a la :  
**Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

\* **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.

**RESOLUCIÓN N° 028-2025-UI-FCS-UANCV**

Juliaca, 03 de setiembre del 2025

**VISTOS:** Exp. 2025-CU-6458 presentado por el (la) egresado(a) **QUISPE PANCCA REYNA**, quién ha solicitado cambio de asesor del Proyecto de Investigación conducente a optar el título profesional de **LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**;

**CONSIDERANDO:** Que, según Resolución N° 482-2025-D-FCS-UANCV, se aprueba el Proyecto de Tesis titulado **DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINÁI DE JULIACA 2025**, para lo cual se asignó.

asesor(a) al **DRA. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, y de acuerdo a la resolución N° 215-2025-UANCV-CU-R, **por motivos que ya no cuenta con vínculo laboral con la UANCV**; y,

Estando el informe favorable de la Unidad de Grados y Títulos, 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-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO:** **APROBAR EL CAMBIO DE ASESOR**, designados a el(la) egresado(a) **QUISPE PANCCA REYNA**, para la revisión del proyecto de investigación titulado **DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINÁI DE JULIACA 2025**, para optar al Título Profesional de **LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN** debiendo quedar a partir de fecha.

asesor(a) a la **DRA. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

**SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

**TERCERO:** La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de **TECNOLOGÍA MÉDICA** y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

**DISTRIBUCIÓN:**

- Interesados (1)  
- Archivo (1)



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Maria Concepción Figueroa Vilca*  
Dra. María Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



# 15% Similitud general

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

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

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

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



### Metadatos Complementarios

<b>DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAÍ DE JULIACA 2025</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	REYNA QUISPE PANCCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	74033778
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0006-1099-3634">https://orcid.org/0009-0006-1099-3634</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4559-141X">https://orcid.org/0000-0002-4559-141X</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784



<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - P 11
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú</p> <p>Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca</p> <p>Latitud: -15.49770 Longitud: -70.13292 <a href="https://maps.app.goo.gl/49iPrmywpgDhXLBCA">https://maps.app.goo.gl/49iPrmywpgDhXLBCA</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Junio 2025 - Noviembre 2025
URL de disciplinas OCDE	<p><b>Neurología clínica</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.25">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.25</a></p> <p><b>Medicina clínica</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</a></p>



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CERCO PACHECO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*M. Concepción Figueroa Vilca*  
Dra. M. Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



### DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD



Yo REYNA QUISPE PANCCA, identificado con DNI Nro. 74033778, 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:

**DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE JULIACA 2025**

Asesorado por: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

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 \_\_12\_\_ de diciembre del 2025

Firma del Asesor  
(obligatoria)

Firma del Estudiante  
(obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

A mi Amoroso Padre Celestial y a mi Señor Jesucristo, por siempre guiarme y ayudarme a superar los desafíos.

A mis apreciados Padres, de quienes recibo mucho cariño y amor.

A mi Familia que siempre me brindan sus consejos y siempre están dispuestos a ayudarme.

A mis Amigos quienes siempre me motivaran.



## AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. A mi Asesora por guiarme en esta trayectoria. A la Clínica Monte Sinaí, por permitirme realizar este trabajo de investigación.



## 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.....	4
1.1.2. Problemas específicos.....	4
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.2.1. Justificación Teórica.....	5
1.2.2. Justificación práctica.....	6
1.2.3. Justificación metodológica.....	6
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7



1.4. HIPÓTESIS .....	8
1.4.1. Hipótesis general.....	8
1.4.2. Hipótesis específicas .....	8
1.5. VARIABLES .....	8
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	9

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
2.1.1. A Nivel Internacional.....	10
2.1.2. A nivel nacional.....	15
2.1.3. A nivel local.....	21
2.2. MARCO TEÓRICO.....	25
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	39

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	40
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.4.1. Población .....	41
3.4.2. Muestra .....	41



3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.5.1. Técnicas.....	43
3.5.2. Instrumentos .....	43
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS .....	44
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS .....	45
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO .....	45
3.8.1. Validez .....	45
3.8.2. Confiabilidad .....	45

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	46
CONCLUSIONES.....	69
RECOMENDACIONES .....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	72
ANEXOS .....	79
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	80
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	83
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	85
ANEXO 4: INSTRUMENTO:.....	86
ANEXO 5: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO .....	92
ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN .....	98



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Relación de la edad y la kinesiofobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025.....	46
Tabla 2.	Relación del género y la kinesiofobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025.....	49
Tabla 3.	Relación de la ocupación y la kinesiofobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025 .....	52
Tabla 4.	Relación del índice de discapacidad de lumbalgia y la kinesiofobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025 .....	55
Tabla 5.	Relación del grado de intensidad del dolor y la kinesiofobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025 .....	58
Tabla 6.	Relación del tipo de dolor y la kinesiofobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025 .....	61
Tabla 7.	Relación del tiempo de dolor y la kinesiofobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025 .....	64
Tabla 8.	Nivel de kinesiofobia según test de tampa en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025 .....	67



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación de la edad y la kinesiophobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025.....	47
Figura 2. Relación del género y la kinesiophobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025.....	50
Figura 3. Relación de la ocupación y la kinesiophobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025 .....	53
Figura 4. Relación del índice de discapacidad de lumbalgia y la kinesiophobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025 .....	56
Figura 5. Relación del grado de intensidad del dolor y la kinesiophobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025	59
Figura 6. Relación del tipo de dolor y la kinesiophobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025 .....	62
Figura 7. Relación del tiempo de dolor y la kinesiophobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025 .....	65
Figura 8. Nivel de kinesiophobia según test de tampa en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025 .....	67



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre el dolor lumbar y la kinesiofobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025. **Material y métodos:** Es un diseño no experimental de tipo básico nivel correlacional, con un enfoque cuantitativo, de corte transversal. Con una población de 78 pacientes, con una muestra de 65 pacientes. Se empleó la técnica de encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario estructurado, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson ( $X^2$ ) para probar las hipótesis. **Resultados:** En el presente estudio se identificó una relación significativa entre las características sociodemográficas y la kinesiofobia. En cuanto al grupo etario, el 58.5% correspondió a adultos de 30 a 59 años ( $p = 0.007$ ); respecto al género, el 53.8% fueron varones, quienes presentaron mayor prevalencia ( $p = 0.014$ ); y, según la ocupación, el 55.4% realizaba trabajos físicos ( $p = 0.006$ ). Asimismo, se encontró una relación significativa entre las características clínicas funcionales de la lumbalgia y la kinesiofobia. Según el índice de discapacidad por lumbalgia, el 40% presentó un nivel intenso ( $p = 0.000$ ) y el 38.5% un grado moderado. En relación con el tipo de dolor, el 64.6% manifestó dolor crónico ( $p = 0.002$ ) y, según el tiempo de evolución, el 38.1% indicó padecerlo durante varios años ( $p = 0.001$ ). Finalmente, al evaluar el nivel de kinesiofobia mediante el Test de Tampa, se halló que el 69.2% de los pacientes presentó un nivel moderado. **Conclusiones:** El estudio revela que la mayoría de los pacientes con dolor lumbar presentó un nivel moderado de kinesiofobia según el Test de Tampa.

**Palabras clave:** Dolor lumbar, índice de discapacidad, kinesiofobia.

**ABSTRACT**

**Objective:** To determine the relationship between low back pain and kinesiophobia in patients treated at the Monte Sinaí Clinic in Juliaca 2025. **Materials and methods:** This is a basic, correlational, non-experimental, cross-sectional study with a quantitative approach. The population consisted of 78 patients, and a sample of 65 patients was selected. Data was collected using a structured questionnaire, and Pearson's chi-squared test ( $X^2$ ) was used to test the hypotheses. **Results:** In the present study, a significant relationship was identified between sociodemographic characteristics and kinesiophobia. Regarding the age group, 58.5% corresponded to adults aged 30 to 59 years ( $p = 0.007$ ); regarding gender, 53.8% were men, who had a higher prevalence ( $p = 0.014$ ); and, according to occupation, 55.4% performed physical labor ( $p = 0.006$ ). Likewise, a significant relationship was found between the clinical and functional characteristics of low back pain and kinesiophobia. According to the low back pain disability index, 40% presented an intense level ( $p = 0.000$ ) and 38.5% a moderate level. Regarding the type of pain, 64.6% reported chronic pain ( $p = 0.002$ ), and, depending on the duration of pain, 38.1% reported suffering from it for several years ( $p = 0.001$ ). Finally, when assessing the level of kinesiophobia using the Tampa Test, it was found that 69.2% of patients presented a moderate level. **Conclusions:** The study reveals that most patients with lower back pain presented a moderate level of kinesiophobia according to the Tampa Test.

**Keywords:** Low back pain, disability index, kinesiophobia



## INTRODUCCIÓN

Las dolencias en la región lumbar constituyen una de las principales causas de atención sanitaria y limitación motriz a nivel mundial. Se estima que entre el 60 % y 80 % de los adultos experimentará al menos un episodio durante su vida, evidenciando su alta prevalencia e impacto en la salud pública. Este problema no solo reduce la movilidad y causa dolor persistente, sino que también afecta el bienestar emocional y social, incrementa el ausentismo laboral y genera altos costos para los sistemas de salud. Entre los factores asociados destacan la debilidad de la musculatura lumbar y abdominal, el sedentarismo, alteraciones posturales, exceso de peso y trabajos que demandan esfuerzo físico o manipulación de cargas, lo que resalta la necesidad de medidas preventivas y terapéuticas integrales.

El temor patológico al movimiento representa un elemento obstaculizante fundamental en el proceso de recuperación de personas con afecciones en la región lumbar, ya que promueve la evitación del ejercicio corporal, el deterioro por falta de uso de las estructuras musculares y la disminución gradual de las capacidades operativas. Esta situación genera un círculo vicioso en el cual la sensación de malestar, el pavor a realizar desplazamientos y la restricción en las habilidades para ejecutar tareas se potencian mutuamente. (1)

La presente tesis está estructurada con el siguiente contenido: Capítulo I: El aspecto general, objetivo del estudio, hipótesis, variables, Operación de variables. Capítulo II: Marco teórico, sus antecedentes. Capítulo III: Procesos de la metodología, Capítulo IV: Resultados y discusión, conclusiones, recomendaciones.



## CAPITULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### **A nivel internacional**

A escala global, el dolor lumbar se rigió como una de las principales etiologías de discapacidad funcional y motivo de atención médica. De acuerdo con los datos del estudio Global Burden of Disease 2021, aproximadamente 628,8 millones de individuos experimentaron episodios de dolor lumbar durante ese período, reflejando una preservación en un rango de 7 463 en 100 000 individuos. Este elevado índice evidencia no solo la magnitud epidemiológica de la condición, sino también su relevancia socioeconómica y el impacto sustancial que ejerce sobre la calidad de vida, la productividad laboral y la carga asistencial de los sistemas de salud a nivel mundial. (2).

Esta patología no solo persiste como la los principales motivos como detonadores de dicha discapacidad, sino que, según proyecciones epidemiológicas, se estima que para el año 2050 más de 843 millones de individuos estarán afectados, lo que representa un incremento aproximado del 36 % en comparación con los datos registrados en 2020. Este pronóstico subraya la creciente carga global del dolor lumbar, evidenciando tanto su relevancia clínica como el impacto futuro en los sistemas sanitarios y la productividad poblacional. (2).



Además, en ese mismo período de intervalo se proyectaron aproximadamente 266,8 millones de incidentes anuales, lo que refleja tanto la recurrencia como el notable impacto de esta afección. Entre los determinantes que favorecen su expansión sostenida a nivel mundial se incluyen el envejecimiento demográfico, los estilos de vida sedentarios, la adiposidad excesiva y la exposición a condiciones laborales subóptimas, factores que en conjunto perpetúan la carga clínica, funcional y socioeconómica asociada al dolor lumbar. (3)

### **A nivel nacional**

En el contexto nacional, el panorama peruano, no se dispone de información epidemiológica actualizada y oficial sobre la prevalencia y distribución del dolor lumbar en la población general, lo que constituye una limitación significativa para la formulación de políticas públicas efectivas orientadas a la prevención, manejo clínico y planificación de intervenciones sanitarias dirigidas a esta condición. Esta carencia de datos dificulta además la estimación precisa de su carga sanitaria y económica, restringiendo la capacidad de los sistemas de salud para priorizar recursos y estrategias de atención. (4)

Sin embargo, estudios locales permiten vislumbrar la magnitud del problema. Una investigación realizada en 2023 en el Hospital de Santa Rosa del Aguaray reportó que un 46 % del personal de enfermería presentaba dolor lumbar, lo que refleja una alta prevalencia en grupos expuestos a largas jornadas y actividades físicas continuas. (4)

Este porcentaje excede los rangos de prevalencia globales actualmente reportados, los cuales se sitúan entre el 9 % y el 12 %. De manera similar, se



proyecta que entre un 40 % y 80 % de la población adulta en el Perú experimentará episodios de dolor lumbar a lo largo de su vida, lo que refleja la elevada carga epidemiológica y la relevancia de implementar medidas preventivas y estrategias de manejo clínico adaptadas al contexto nacional.

(4)

### **A nivel local**

En Puno, y específicamente en Juliaca, no se cuenta con cifras oficiales del Ministerio de Salud que cuantifiquen la prevalencia del dolor lumbar no existen registros institucionales provenientes de la autoridad sanitaria nacional que posibiliten medir la frecuencia de las afecciones en la región lumbar, representando esto una deficiencia significativa para el diseño de acciones en el ámbito de la salud pública. Esta falta de cifras obstaculiza el cálculo exacto del impacto clínico y operacional de dicha condición en los habitantes del territorio, además de complicar la determinación de sectores poblacionales vulnerables, tales como empleados expuestos a esfuerzos corporales intensos, individuos de edad avanzada y sujetos con estilos de vida inactivos. La carencia de métricas gubernamentales igualmente limita el desarrollo de medidas profilácticas, iniciativas de adecuación de espacios laborales y tácticas de recuperación funcional, resaltando la urgencia de investigaciones sobre distribución de enfermedades a nivel territorial que produzcan conocimiento adaptado al contexto para optimizar los servicios de atención básica y la administración de la salud relacionada con el sistema de movimiento en el área. (1)

Sin embargo, las condiciones laborales caracterizadas por tareas físicas intensas en comercio, transporte y agricultura junto con el acceso limitado a



servicios de rehabilitación y prevención ergonómica, favorecen una alta incidencia local. Clínicas privadas, como Monte Sinaí, han reportado un incremento sostenido en la afluencia de pacientes con dolor lumbar crónico que manifiestan conductas de evitación del movimiento, presumiblemente vinculadas a la presencia de kinesiofobia. No obstante, este fenómeno aún carece de investigaciones sistemáticas en la región, lo que limita la comprensión de su prevalencia, factores asociados y repercusiones funcionales, así como la implementación de estrategias terapéuticas dirigidas a mitigar la restricción de la movilidad y prevenir la cronificación del cuadro clínico (1)

### 1.1.1. Problema principal

**PG.** ¿Cuál es la relación entre el dolor lumbar y la kinesiofobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025?

### 1.1.2. Problemas específicos

**PE 1.** ¿Qué relación existe entre las características sociodemográficos y la kinesiofobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca?

**PE 2.** ¿Qué relación existe entre las características clínicas funcionales del dolor lumbar y la kinesiofobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca?

**PE 3.** ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia según el test de Tampa en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca?



## 1.2. JUSTIFICACIÓN

### 1.2.1. Justificación Teórica

Las dolencias que se manifiestan en el área lumbar se posiciona como una de las etiologías predominantes de discapacidad a escala global, cuya persistencia y cronicidad no dependen únicamente de determinantes biomecánicos, sino que también se ven moduladas por componentes psicológicos, entre los cuales destaca la kinesiofobia, caracterizada por un temor excesivo al movimiento que puede perpetuar la limitación funcional y la progresión del cuadro clínico.

El terror desproporcionado hacia la actividad física motivado por la aprensión de sufrir nuevas lesiones o agravamiento de las molestias, ha sido reconocido como un factor determinante en la persistencia y prolongación de las afecciones del sistema locomotor. Pruebas provenientes de enfoques integrales que consideran aspectos biológicos, psicológicos y sociales indican que esta resistencia al desplazamiento corporal puede entorpecer la restauración de las capacidades operativas, amplificar la limitación experimentada por el individuo afectado y reducir la eficacia de los tratamientos habituales empleados, originando de esta manera un patrón de reforzamiento adverso que extiende el declive en la funcionalidad y afecta los desenlaces médicos en el tiempo.

En este marco, de la siguiente pesquisa se aporta al acervo científico al incorporar el examen de variables psicológicas dentro del estudio del dolor lumbar, favoreciendo una aproximación más holística y multidimensional del fenómeno. De esta manera, se facilita la comprensión integral de las experiencias clínicas de los pacientes que presentan estas sintomatologías,



fortaleciendo la base teórica para intervenciones más precisas y estrategias de manejo que contemplen tanto los factores físicos como los psicosociales implicados.

### **1.2.2. Justificación práctica**

A nivel práctico, este estudio tiene gran relevancia porque busca generar evidencia sobre un problema clínico frecuente en la ciudad de Juliaca, en especial en centros de atención como la Clínica Monte Sinaí.

Establecer la presencia e intensidad del temor patológico al movimiento en personas con afecciones lumbares posibilitará a los especialistas de la salud identificar elementos predisponentes que favorecen la continuidad de las molestias y el deterioro en las capacidades operativas. Estos hallazgos facilitarán el perfeccionamiento de los esquemas de atención médica y las iniciativas de recuperación funcional, promoviendo un enfoque comprensivo que integre tácticas corporales y aspectos emocionales-sociales para potenciar los desenlaces del tratamiento. Los resultados podrán ser utilizados para diseñar programas de intervención física y psicológica que mejoren la adherencia al tratamiento y reduzcan la discapacidad. Además, puede servir como base para implementar estrategias preventivas enfocadas en la educación del paciente y en el abordaje del miedo al movimiento en los pacientes que presentan este miedo a realizar los movimientos.

### **1.2.3. Justificación metodológica**

Desde el punto de vista metodológico, el presente estudio representa una contribución valiosa al aplicar un estilo cuantitativo que permite establecer relaciones entre variables clínicamente significativas, como el dolor lumbar y



la kinesiofobia. Esta aproximación facilita la detección de patrones correlacionales que enriquecen la comprensión del fenómeno y fundamentan intervenciones terapéuticas basadas en evidencia.

La utilización de instrumentos previamente validados garantiza la fiabilidad de la información recolectada y posibilita la replicación del estudio en contextos análogos, asegurando consistencia metodológica y robustez en la generalización de los hallazgos.

También se pretende subsanar una laguna existente en la literatura local, dado que no se han identificado investigaciones previas. En consecuencia, su enfoque metodológico riguroso proporcionará información contextualizada y de alta relevancia, constituyendo una base sólida para investigaciones posteriores y para la formulación de políticas de salud regionales.

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Objetivo general**

**OG.** Determinar la relación entre el dolor lumbar y la kinesiofobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

**OE 1.** Identificar la relación entre las características sociodemográficas y la kinesiofobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca.

**OE 2.** Señalar la relación entre las características clínicas funcionales del dolor lumbar y la kinesiofobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca.



**OE 3.** Evaluar el nivel de kinesiophobia según el Test de Tampa en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca.

## **1.4. HIPÓTESIS**

### **1.4.1. Hipótesis general**

**HG.** Existe una relación significativa entre el dolor lumbar y la kinesiophobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025.

### **1.4.2. Hipótesis específicas**

**HE 1.** Existe una relación significativa entre las características sociodemográficas (edad, género y ocupación) y la kinesiophobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca.

**HE 2.** Existe una relación significativa entre las características clínicas funcionales del dolor lumbar (índice de discapacidad, grado de intensidad del dolor, tipo de dolor y el tiempo de dolor) y la kinesiophobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca.

**HE 3.** La mayoría de los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca presentan un nivel moderado a alto de kinesiophobia, según los resultados del Test de Tampa.

## **1.5. VARIABLES**

**Variable 1:** Dolor Lumbar

**Variable 2:** Kinesiophobia



## 1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de valoración
Variable 1. Dolor lumbar	1.1. Características Sociodemográficos	1.1.1. Edad	a) Jóvenes (18 – 29 años) b) Adultos (30 – 59 años) c) Adultos mayores (>60 años)
		1.1.2. Género	a) Femenino b) Masculino
		1.1.3. Ocupación	a) Sedentario b) Activo c) Trabajo físico d) Desempleado
	1.2. Características Clínicas funcionales del dolor lumbar	1.2.1. Índice de discapacidad del dolor lumbar (%Oswestry)	a) Mínima b) Moderada c) Intensa d) Incapacidad
		1.2.2. Grado de intensidad del dolor	a) Leve b) Moderado c) Fuerte d) Muy fuerte
		1.2.3. Tipo de dolor	a) Agudo b) Crónico
		1.2.4. Tiempo de dolor	a) Días b) Semanas c) Meses d) Años
Variable 2. Kinesiofobia	Nivel de Kinesiofobia (Test de Tampa de Kinesiofobia)		a) Bajo nivel de kinesiofobia (11 – 22 puntos)  b) Moderado nivel de kinesiofobia (23 – 33 puntos)  c) Alto nivel de kinesiofobia (34 – 44 puntos)



## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1. A Nivel Internacional

**Solano. (5) en su pesquisa respecto a la asociación entre la sintomatología dolorosa y la kinesiofobia en individuos comprendidos entre los 61 y 70 años de edad, residentes en las provincias ecuatorianas de Carchi e Imbabura, correspondiente al periodo 2020.** Las molestias corporales y el temor patológico a la actividad física son reconocidos como vivencias negativas capaces de generar trastornos en el ámbito somático y mental, razón por la cual un abordaje deficiente de las sensaciones dolorosas puede desencadenar esta fobia al desplazamiento, caracterizada como un pavor excesivo ante la posibilidad de sufrir malestar al realizar movimientos. Objetivo: Evaluar la magnitud de las sensaciones dolorosas y su conexión con el miedo irracional a la actividad física en población adulta mayor comprendida entre la séptima década de vida. Procedimiento metodológico: El estudio revela que aplico una formulación de manera cuantitativa sin el manejo voluntario de las variantes de causa empleando la medición en un solo periodo de una naturaleza de manera transversal; con una dirección de carácter descriptivo. Resultados: los individuos de que superaban los 61 en edad que



presentan la proporción más elevada con 21,90%, los varones representan el 73,30% mientras que las mujeres constituyen el 26,70%. El grupo ocupacional que prevalece corresponde a conductores profesionales con 40%, seguido por quienes se dedican a labores domésticas con 22,40%. Se determinó que el tipo de molestia corresponde en un 53,10% a sensaciones de origen nervioso ausentes, el 40,20% mostró que los hallazgos inciertos, y el 6,20% evidenció manifestaciones de origen nervioso presentes. Se estableció la magnitud del temor al movimiento mostrando una frecuencia dominante de 80,20% que refleja una intensidad elevada y 18,80% que indica una intensidad reducida de esta fobia. conclusión: Se logro evidenciar que los habitantes de Carchi e Imbabura muestran un grado comparativamente reducido de molestias vinculadas con la manifestación del temor patológico al movimiento, sugiriendo una magnitud moderada de los elementos emocionales que podrían repercutir en la experiencia y abordaje de las afecciones del sistema locomotor en estas regiones.

**Flores. (6) investigación realizada “Kinesiofobia y su asociación conforme a la manifestación de dolencias en la zona lumbar, Argentina 2024”** la manifestación del temor patológico al movimiento, valorado a través del Instrumento TSK, se constituye como un elemento anticipatorio relevante de la magnitud de las molestias y la limitación operativa, cuantificada mediante el Indicador de Limitación Funcional de Oswestry (ODI). El análisis resalta la función intermediaria de las sensaciones dolorosas en esta asociación y examina estructuras conceptuales como el paradigma de aprensión-elusión y el enfoque biopsicosocial. Objetivo: establecer el vínculo entre el temor patológico al movimiento y las manifestaciones de dolencias en la zona donde



se ubica el lumbar en personas de edad avanzada. Procedimiento metodológico: la pesquisa que muestra emplea un enfoque exploratorio con una formulación de manera cuantitativa una medición de una naturaleza longitudinal con una orientación de manera cohortes prospectivas y empleando ensayos de un grado de control a azar. La pesquisa da a entender de forma global de los componentes del área emocional llegan a ser influyentes con la experiencia de las molestias corporales y determinan la efectividad de los enfoques de tratamiento, posibilitando una atención médica más exacta y sustentada en pruebas de carácter multifactorial.

**Gasparetti y Paglietta. (7) titulado, "Evaluación exhaustiva de tácticas para abordar el sufrimiento físico y el temor al movimiento en personas con dolor lumbar persistente y sus consecuencias en la inasistencia al trabajo en Argentina, 2024"** Objetivo: Hallar los mecanismos de adaptación empleados por individuos que padecen dolor lumbar persistente y temor al movimiento, para manejar las molestias que limitan su desempeño profesional, buscando determinar abordajes terapéuticos exitosos que faciliten su retorno al trabajo y optimicen su bienestar general. Materiales y métodos: Para la ejecución de este trabajo se efectuó una indagación de manera documentaria aplicando una táctica de recopilación con una orientación cuantitativa y una estructuración de estilo básico y de carácter descriptivo donde la extracción de la mayoría de data fue de fuentes de alta credibilidad. Resultados: Se incorporaron a nueve artículos científicos que permitieron determinar la prevalencia de dolor lumbar inespecífico en diversos entornos laborales, así como analizar las acciones conforme al monitoreo de la zona donde está la columna y la mitigación de la kinesiofobia en individuos



en edad de realizar trabajos de esfuerzo físico, ofreciendo una perspectiva integral sobre la interacción entre factores ocupacionales, percepción del dolor y variantes psicológicas que se reflejan involucradas. Conclusión: La unificación de prácticas sustentadas en las bases neurológicas del padecimiento álgico, acompañadas de adaptaciones del entorno laboral y el control de condiciones desfavorables, configura una estrategia dual de carácter protector y curativo. Este compendio de acciones propicia la atenuación de la sensación dolorosa y la ansiedad hacia la actividad física, fomentando la rehabilitación operativa, la reinserción profesional y el avance general en el estado vital de los sujetos, generando repercusiones favorables tanto en su salud somática como mental.

**Lainez y Marcén. (8) titulado, "Utilidad de los métodos instructivos sobre la patología álgica lumbar para mitigar el sufrimiento y la ansiedad locomotriz. Un examen narrativo en España, 2023."** Objetivos. Comprobar si la utilización de recursos educativos es beneficiosa para aminorar el sufrimiento. Métodos: El trabajo revela que empleo una táctica de recopilación de una variedad de fuentes confiables para la extracción de la data con una estructuración de manera cuantitativa con una orientación de forma descriptiva con un rango de trabajo correlacional. Resultados. Se sumaron nueve artículos completos, todos presentando una robustez metodológica de al menos 5 puntos mediante la escala PEDro, seleccionados entre 244 investigaciones iniciales. Cada uno de estos reportes mostró una baja estadísticamente significativa del nivel doloroso, respaldando así el valor terapéutico de las intervenciones estudiadas y su fiabilidad práctica en el colectivo evaluado. Conclusiones. Los documentos evaluados robustecen la



información sobre la utilidad de estrategias conjuntas, que amalgaman aproximaciones instructivas con planes de tratamiento fisioterapéutico, en el control y manejo del sufrimiento de la región lumbar, destacando su consecuencia positiva en la operatividad y en la merma de variables psicológicas conectadas, como el miedo patológico al movimiento.

**Yamada. (9) titulado, "Elementos psicológicos y sociales vinculados a la limitación funcional en individuos con dolencias lumbares que persistente no específico en territorio brasileño, 2023."** Introducción: Las dolencias que se generan en el área lumbar y son de origen crónica se constituye como la parte esencial de la etiología de una discapacitación de un parámetro global, imponiendo, asociados con el cuidado de la sanidad humana y como llega a repercutir en la forma de vida de los afectados.

Objetivos: Determinar la incidencia de deterioro de manera constante en los sujetos que llevan siendo tratados de las dolencias localizadas en la parte de la columna inferior prolongado inespecífico y condicionantes vinculados, comprendiendo las diferentes repercusiones que puede generar el padecimiento lumbar y variantes psicosociales relacionadas con la fobia al movimiento corporal, la visión pesimista exagerada, el nerviosismo y el desánimo. Procedimiento metodológico: Se realizó una pesquisa que poseía una medición en un único periodo de forma transversal ejecutándose en medio de una unidad muestra de 108 sujetos de epata adulta que padecían malestar que se están ubicadas en el área inferior bajo del lumbar que es de larga duración no específico Resultados La tasa de incapacidad hallada representó el 65,7 %, con una calificación media de  $15,7 \pm 5,3$  en la Escala de Limitación Funcional Roland-Morris. Pese a que la intensidad álgica y otras esferas del



Inventario Resumido del Sufrimiento, como inquietud, melancolía y ansiedad hacia el movimiento grave, presentaron asociaciones notables en los análisis de doble variable, dichos parámetros no mantuvieron relación con significancia estadística frente a la incapacidad en el análisis de variables múltiples. Exclusivamente el pensamiento pesimista exagerado [IP] igual a 1,19; [IS] del 95 %: (1,07–1,32) y el dominio práctico "locomoción" IP igual a 1,08; donde él es IS del 95 %: en base un rango de 1,03–1,14 preservaron una asociación considerable con la limitación, subrayando su rol fundamental como vaticinadores independientes del quebranto funcional en sujetos que muestran dichas dolencias que se ubican en la segmenta de la parte inferior baja lumbar Conclusión La magnificación negativa del padecimiento y el efecto en la deambulación se vincularon con la limitación funcional en individuos con aflicción lumbar persistente no específica. Las cogniciones y comportamientos de regulación motriz durante las tareas operativas se estimaron como elementos pertinentes para una evaluación y abordaje terapéutico más adecuados de estos sujetos que son analizados.

### 2.1.2. A nivel nacional

**Martínez. (10) desarrollo, "Impacto de la fobia cinética en el grado de sintomatología álgica lumbar prolongada en profesionales odontológicos quirúrgicos tacneños, 2021."** Objetivo: Valorar la contribución de la ansiedad al movimiento en la intensidad del padecimiento persistente de columna inferior en cirujanos odontólogos. Material y Métodos: Estudio revela haber empleado una táctica de estilo observacional, con una estructuración de manera prospectivo, con un solo periodo en la medición de un carácter transversal y con una formulación que refleja una orientación de



nivel relacional en una unidad muestra de 136 Cirujanos dentistas. Resultados: De la evaluación demográfica surgió que el colectivo de odontólogos quirúrgicos estuvo compuesto principalmente por trabajadores del sexo femenino (66,2 %), en oposición a una proporción reducida de masculinos (33,8 %). Igualmente, al analizar la dimensión psicométrica de la fobia al movimiento, se determinó que una fracción sustancial representando el 62,5 % exhibió un índice alto de este miedo a la movilización, mientras que el 37,5 % remanente demostró niveles disminuidos, conformando así una distribución bifásica de conducta. En relación con la expresión sintomática del sufrimiento, se identificó que el 52,5 % del grupo reportó manifestaciones de aflicción lumbar con una extensión temporal inferior a sesenta minutos; adicionalmente, el 42,4 % comunicó una magnitud algica categorizada como intermedia. Al mismo tiempo, el 57,6 % expresó un rango de persistencia del dolor que fluctuó entre uno y siete días, ratificando un perfil sanitario caracterizado por episodios de malestar de trayectoria limitada pero relevante . Conclusión: Se identificó en base al test de la prueba ji-cuadrada es menor que 0,05 (0,000); por consiguiente, se verifica la incidencia de la ansiedad hacia la actividad física respecto a la intensidad del malestar crónico en espalda baja entre profesionales dentales tacneños en 2021, exhibiendo un coeficiente asociativo de 0,364, catalogado como vínculo de magnitud débil.

**Orihuela. (11) realizo un estudio, "Intensidad de la fobia cinética en personas con sintomatología algica de espalda baja sin causa definida del centro Semarca de rehabilitación física, Lima 2021"** Objetivo: Hallar la intensidad de fobia al ejercicio corporal en sujetos de la tercera edad. Materiales y Métodos: La pesquisa mostraba que la indagación tenía un



enfoque que se veía orientado a lo cuantitativo, la unidad poblacional se revela como una unidad de 100 sujetos en un estado de adultez mayor con una formulación de manera descriptiva. y una unidad de muestra 80. Resultados: En el colectivo estudiado prevalece un grado intenso de temor al ejercicio y de comportamientos evitativos, observado en más de la mitad de las personas senescentes examinadas (53.75%). Esta inclinación indica una propensión marcada hacia la restricción de la movilidad, lo cual podría impactar en su capacidad operativa. Respecto a la descripción sociodemográfica, el grupo muestra una leve mayoría de hombres y está integrado fundamentalmente por sujetos entre 66 y 70 años, continuados por aquellos de 61 a 65 años. Asimismo, sobresale una cuota significativa de participantes con educación universitaria y una preponderancia del estatus conyugal viudo. Globalmente, estos hallazgos demuestran que las actitudes aprensivas frente a la actividad corporal están difundidas en esta franja etaria, subrayando la urgencia de acciones orientadas a disminuir la evasión del ejercicio en población geriátrica

Conclusiones: Se encontró un índice ligeramente alto de enfoque físico de la aprensión hacia la actividad, analizado según género; en el cual se describió una discreta predominancia en cada grupo sexual hacia un nivel elevado de miedo al movimiento, y de acuerdo a la profesión se detectó que las magnitudes más intensas de ansiedad motriz las exhiben los trabajadores con educación superior.

**Bojanich. (12) en su estudio, "Incidencia de miedo-evitación del movimiento en sujetos que padecen lumbalgia atendidos en el establecimiento de salud Santa Rosa, Lima, 2023."** Objetivo: Valorar la frecuencia de aprensión hacia el ejercicio en individuos con sufrimiento de



columna inferior. Método: La pesquisa que se muestra da un enfoque que muestra una táctica observacional para la extracción de la data, con un solo periodo de medición con un carácter transversal y una formulación que revela una orientación de carácter descriptivo con una ejecución de unidad muestra de 65 pacientes. Resultados: De la totalidad de sujetos con diagnóstico de aflicción lumbar, se observó que el 60 % (n=39) presenta un nivel elevado de aprensión al ejercicio corporal, correspondiendo este predominio con una mayor proporción del sexo femenino (59 %). En la distribución según grupos de edad, se identificó que el 31 % se sitúa en el rango entre 44 y 55 años; en este segmento etario, cerca del 70 % exhibió índices incrementados de miedo a la actividad física, generando un perfil de fragilidad psicofisiológica. Paralelamente, se estableció que el 57 % de los evaluados registra un peso entre 61 y 80 kg, donde el 59 % evidenció ansiedad motriz acentuada, reforzando la presencia de vínculos consistentes entre las medidas corporales y la agudización de este concepto psicológico Conclusiones: En el colectivo clínico examinado, la manifestación de kinesiofobia alcanza un predominio notable, configurándose como un fenómeno altamente prevalente entre sujetos con lumbalgia. Este patrón se acentúa particularmente en la población femenina, la cual evidencia no solo una mayor frecuencia, sino también un grado más intensificado de aprensión cinésica. De manera concomitante, el perfil promedio de los individuos que concentran las tasas más elevadas de este constructo psicobiológico corresponde a adultos con una edad cercana a los 49 años y una masa corporal aproximada de 69 kg, parámetros que, en su conjunto, refuerzan la caracterización epidemiológica del cuadro de las patologías.



**Ojeda. (13) Investigación realizada "Grado de temor al movimiento y su asociación con la sintomatología álgica en la región baja de la espalda en empleados de oficina de una compañía de transporte de mercancías, 2023"** El padecimiento constituye una problemática mundial que impacta a más del 70% de los habitantes en diversos países, provocando limitación funcional y gastos considerables en el sistema sanitario. En el contexto ocupacional, los empleados de las oficinas peruanas que presentan una frecuencia elevada próxima al 80%, con variables psicosociales, como el desánimo y la magnificación negativa, asociados a esta aflicción. Pese a que la conexión entre el malestar lumbar y el temor al movimiento ha sido escasamente explorada, su repercusión operativa indica la urgencia de estudios más exhaustivos en este campo. Metodología Se ve que la pesquisa se ejecutó con una táctica de estilo cuantitativo, con una estructuración instrumental de modo observacional de una medición de un único periodo de un corte transversal, empleando para la evaluación 125 administrativos de la empresa como unidad muestral. Resultados: Se obtuvieron los siguientes: el promedio etario fue de 39,79 años. Se identificó una proporción superior de individuos con reducido temor al movimiento (56,0%). En relación al padecimiento lumbar se detectó una cifra mayor de sujetos con aflicción leve en la espalda baja (44,9%), seguido estrechamente por el malestar lumbar intermedio (42,4%). Al examinar la asociación entre las variables ansiedad motriz y padecimiento lumbar se halló un valor- $P=0,000$ . Se determina que existe vinculación entre las variables analizadas en la investigación presentada.



**Díaz. (14) realizo un estudio titulado, "Magnitud del miedo-evitación del movimiento en sujetos que padecen lumbalgia idiopática atendidos en el servicio de fisioterapia SEMARCA, Lima 2021."** Objetivo: Valorar el índice de terror patológico al movimiento en pacientes con aflicción lumbar inespecífica recibidos. Metodología: Se ejecuto mediante un estudio de formulación de estilo cuantitativo, aplicando una dirección de carácter descriptivo y con la ejecución de una sola medición de forma transversal, sobre una unidad muestral de 80 sujetos que padecen esta condición. Resultados: Los data procesada demuestra que un 56.3% de las personas evaluadas exhibió un grado limitado de miedo patológico al movimiento corporal, en contraste con el 43.7% que manifestó niveles incrementados de esta característica. La prevalencia fue más evidente en sujetos del sexo masculino, adultos senescentes, individuos que sufrían dolor de intensidad moderada, personas con desempeños profesionales activos y en regiones anatómicas particulares, notablemente en la zona dorsal inferior, evidenciando una tendencia que resalta la relación entre factores poblacionales, médicos y operativos con la presentación de ansiedad hacia el ejercicio. conclusión: Si bien predomina un nivel reducido de kinesiofobia en base a la unidad de evaluación que se escogió y las múltiples variantes como la edad cronológica, el sexo biológico, la magnitud del dolor y la naturaleza de la ocupación actúan como moduladores en la exacerbación de esta condición, lo que evidencia la necesidad de incorporarlas estratégicamente en el diseño y ejecución de intervenciones terapéuticas individualizadas de los pacientes que fueron analizados.



### 2.1.3. A nivel local

**Alcalá. (15) titulado, "Ergonomía corporal y sintomatología álgica vertebral en los educadores del colegio privado Bethel Christian School, Juliaca 2023."** Objetivo: Examinar la conexión entre la ergonomía postural y el sufrimiento dorsal de los instructores que desarrollan actividades pedagógicas. metodología: La indagación refleja una estructuración de un estilo cuantitativo que se ejecutó con una orientación de forma básica donde se vio necesario la aplicación de una dirección descriptivo conforme a la orientación de forma correlacional, sin la necesidad de la manipulación de variantes con una sola medida en un único periodo de manera transversal. ejecutándose con una unidad poblacional y muestral de 50 pedagogos. Resultados: mostraron que, en relación al saber sobre prácticas posturales, 26 educadores (52%) exhibieron un grado bajo, 19 profesores (38%) obtuvieron un índice medio y solamente 5 instructores (10%) demostraron un nivel alto de dominio en el tema. Respecto a la expresión sintomática de malestar en espalda baja, 9 maestros (18%) no señalaron afectaciones, en tanto que 27 formadores (54%) manifestaron padecimiento leve y 14 docentes (28%) vivenciaron dolor de magnitud intermedia, revelando una distribución variada de la afectación ergonómica y su correspondencia con el dominio conceptual sobre cuidados posturales. conclusión: En virtud de ello, se estableció que hay una correspondencia inversa de grado moderado entre el entendimiento acerca de ergonomía corporal y la magnitud del sufrimiento en espalda baja en profesores, subrayando la conexión negativa entre la ejecución de comportamientos posicionales adecuados y la presencia de aflicción en la zona posterior



**Condori. (16) investigación realizada "Magnitud del miedo-evitación del movimiento en sujetos que han experimentado quebradura de huesos en las instituciones sanitarias de Juliaca, 2022."** Objetivo: Examinar el nivel de aprensión hacia el ejercicio en individuos subsecuentes a fracturas en los centros asistenciales. Procedimiento metodológico: En la ejecución del estudio se vio por conveniente trabajar con una formulación de un estilo cuantitativo con una sola medición de manera trasversal con una orientación que muestra una naturaleza descriptiva y unas tácticas de extracción de data observacional. resultado: Concerniente al grado de temor al movimiento se halló que el 96.08 % de los individuos exhibió un índice elevado de aprensión motriz, en donde salió un valor del 97.06 % mostró un grado alto de evasión de tareas y el 95.10 % presentó un nivel intenso de orientación corporal; asimismo se constató índice elevado de ansiedad al ejercicio con un 97.56 % en personas de sexo femenino y un 95.08 % en personas de sexo masculino; referente al segmento etario se identificó que el 100 % de infantes, jóvenes y senescentes exhibieron grado alto de miedo patológico al movimiento; respecto a los índices de huida de actividades y enfoque somático se observó que poseen distribución semejante por género y sexo al grado de fobia motriz. conclusión: Se constató que los individuos presentaron niveles altos de ansiedad hacia el ejercicio, junto con un índice intenso de huida conductual de labores y un notorio foco físico, evidenciando la intensa percepción de susceptibilidad somática y la inclinación a coartar la movilización ante la experiencia del malestar de las personas que lo padecen (14)

**Condori y Lomas. (17) titulado, "Prevalencia del temor patológico al movimiento en usuarios tras episodio de fractura esquelética en**



**servicios clínicos de Juliaca, 2022".** Objetivo: Valorar el índice de terror que ocasiona la condición patológica al movimiento en pacientes subsecuentes a quiebre de hueso en los nosocomios. metodología: El trabajo ejecutado se formuló con un estilo cuantitativo, con una estructuración de manera básica, con una dirección de carácter descriptivo y diseño de investigación transversal descriptivo; con una sola medición del elemento de kinesiofobia, sobre una unidad de muestra conformada de 102 individuos que sufrieron con anterioridad dicha condición. Resultados: En relación al grado de temor al movimiento se halló que el 96.08 % de los individuos exhibió un índice elevado de aprensión motriz, el 97.06 % mostró un grado intenso de evasión de tareas y el 95.10 % manifestó un nivel alto de orientación corporal; asimismo se constató grado elevado de ansiedad al ejercicio con un 97.56 % en personas de sexo femenino y un 95.08 % en personas de sexo masculino; concerniente al segmento de edad se identificó que el 100 % de infantes, púberes y senescentes exhibieron grado intenso de miedo patológico al movimiento; conclusión: Concerniente a los grados de evasión de tareas y de orientación corporal, se constató que su composición muestra una correspondencia semejante entre géneros y sexos, equiparable a la documentada para el grado de temor al movimiento, demostrando que tanto la abstención comportamental como la atención física se expresan con alta magnitud en el colectivo analizado en las investigaciones que se han realizado para obtener resultados adecuados.

**Iglesias y Mamani. (18) titulado, "Rendimiento del Protocolo Pold en la intervención de personas de la tercera edad con síndrome doloroso lumbociático, en el centro de rehabilitación Fisiocenter CETEFIR Juliaca**



**período octubre-noviembre, 2022."** Objetivo Verificar la validez del sistema Pold donde se emplea como medida de tratamiento hacia la manifestación síndrome lumbociático en población geriátrica. Metodología: La indagación revela que se aplicó un enfoque hipotético de un modo deductivo, ejecutado con una estructuración de naturaleza de nivel explicativo comuna ejecución de manera pre experimental con una medida de un periodo de corte longitudinal. ejerciéndose sobre 40 individuos que pasaban la edad adulta mayor. Resultados: Las evaluaciones de tratamientos descriptivas mostraron que el 30 % de los individuos de hallo que el segmento cronológico de 60 y 64en edad, posteriormente un 27 % en el intervalo de 69 a 72 años, y un 22 % en la categoría de 65 a 68 años, un 10 % entre 73 y 76 años, un 8 % en el intervalo de 77 a 80 años y por último un 3 % situado entre 81 y 84 años, reflejando una concentración creciente del colectivo en los grupos de edad más tempranos del espectro examinado. Conclusión, se pudo corroborar la efectividad del tratamiento de Pold se demostró como un factor significativo de desenlaces favorables, manifestando su aptitud para potenciar los efectos anticipados, fortaleciendo así su pertinencia como táctica de abordaje dentro del esquema metodológico implementado para su correcto uso.

**Taype y Gallegos. (1) titulado, "Condicionantes ergonómicos de exposición relacionados con sintomatología álgica en la región baja de la espalda en empleados del centro hospitalario Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024."** Objetivo: Hallar la vinculación entre ,los componentes exposición ergonómica y el malestar en zona lumbar en los profesionales de atención sanitaria. Metodología: El estudio refleja una ejecución de un estilo cuantitativo, empleando una estructuración de naturaleza descriptivo-



correlacional de corte de medición de un único periodo y sin la necesidad del manejo voluntario de la variante. donde se ejecutó con una unidad maestra de 102 sujetos. Resultados: se logró inferir que un grado de sig. de un  $p = 0.714$ , revelando la ausencia de correlación entre las variables examinadas. Igualmente, se detectó que prevalecen elementos de amenaza ergonómica de magnitud reducida (69.6%) y que la intensidad de malestar en zona lumbar se presenta mayoritariamente en severidad media (61.8%), mostrando una distribución variada de peligros y manifestaciones clínicas entre los sujetos. Conclusión. Se verificó que las variantes de exposición ergonómica no demuestran correlación sustancial con la aparición de padecimiento lumbar en los profesionales sanitarios, confirmando que la presencia de estas condiciones no se transforma directamente en la manifestación de molestia lumbar dentro del colectivo evaluado.

## 2.2. MARCO TEÓRICO

### 1. Dolor lumbar

El dolor lumbar constituye una alteración del sistema musculo esquelético de elevada incidencia, manifestándose principalmente mediante dolor circunscrito a la región lumbar inferior, lo que puede comprometer la funcionalidad y la movilidad de la zona afectada, resaltando así su relevancia clínica y epidemiológica. Se suele generar múltiples dolencias con sensación punzante, subagudo o de una condición crónica, dependiendo de su duración, y se clasifica como inespecífico cuando no se asocia a una causa estructural claramente identificable. La OMS da una afirmación que, si bien el dolor lumbar no se clasifica como una enfermedad en sentido estricto y funcional de



los individuos que lo experimentan. Su prevalencia es alta en todas las regiones del mundo, y se estima que en América Latina cerca del 10.5% de la población sufre dolor lumbar crónico. (19)

### **Causas y Factores de Riesgo**

La etiología de la lumbalgia es multifactorial e incluye mecanismos de origen mecánico, degenerativo, inflamatorio, infeccioso, neoplásico o psicósomático. Entre los factores más prevalentes se destacan las distensiones musculares, las protrusiones o hernias discales, la artrosis de la región lumbar y las alteraciones estructurales como la escoliosis, evidenciando la diversidad de procesos patológicos implicados en su desarrollo. Se reconocen, igualmente, múltiples elementos de peligro que favorecen el surgimiento del dolor lumbar, abarcando la inactividad física, el exceso de peso corporal, las desviaciones en la alineación del cuerpo, el manejo inapropiado de objetos pesados, la tensión psicosocial y ciertas susceptibilidades hereditarias. Paralelamente, el proceso de senescencia representa un componente crucial, ya que el deterioro de las estructuras vertebrales de la zona baja incrementa la fragilidad de la región comprometida. (20)

### **Síntomas y Manifestaciones Clínicas**

La manifestación primordial del dolor de espalda baja es el padecimiento situado en la zona lumbar inferior. Esta molestia puede extenderse hacia las nalgas, el área posterior de los muslos o inclusive las piernas, presentándose como radiculopatía lumbar cuando está comprometida la raíz neural correspondiente. La magnitud del sufrimiento oscila desde ligera hasta intensa, pudiendo ser continua o intermitente, y tiende a agravarse durante



desplazamientos específicos, la posición de pie prolongada o al cargar objetos pesados. Habitualmente, se vincula con tensión matinal, contracciones musculares, restricción operativa y reducción de la capacidad de movimiento, perjudicando la ejecución de tareas cotidianas. Adicionalmente, el malestar lumbar puede originar modificaciones en la alineación corporal, pérdida de fuerza muscular y, en situaciones más severas, compromiso neurológico como hormigueos, disminución de vigor o respuestas reflejas atenuadas, evidenciando la participación tanto de componentes musculo esqueléticos como del sistema neural periférico. Los elementos inflamatorios, degenerativos y mecánicos favorecen la permanencia del padecimiento y la cronicidad del cuadro, aumentando las repercusiones sobre el bienestar y el rendimiento ocupacional de quienes lo experimentan (21)

## **Diagnóstico**

El diagnóstico de la lumbalgia se fundamenta en la obtención de una historia clínica exhaustiva, que permita identificar antecedentes médicos, factores de riesgo, características del dolor y posibles desencadenantes, complementada con un examen físico minucioso que evalúe la movilidad, fuerza, tono muscular, reflejos y presencia de signos neurológicos o posturales anómalos, con el objetivo de diferenciar entre causas mecánicas, degenerativas, inflamatorias o neurológicas del dolor lumbar. El médico evaluará la localización del dolor, su intensidad, duración y relación con las actividades cotidianas. En circunstancias apropiadas, se pueden indicar análisis adicionales como radiografías, imágenes de resonancia magnética o exploraciones tomográficas para eliminar condiciones estructurales de

gravedad. También se pueden realizar análisis de sangre si se sospecha una causa inflamatoria o infecciosa. (17)

## 1.1. Características Sociodemográficos

Los factores sociodemográficos cumplen un papel relevante en la experiencia de las dolencias en el área lumbar y el desarrollo de kinesiofobia. La edad cronológica de los individuos, el sexo biológico y la naturaleza de la ocupación ejercida constituyen determinantes significativos no solo de la percepción subjetiva del dolor lumbar, sino también de los mecanismos de afrontamiento del malestar físico, la adherencia a los protocolos terapéuticos y la progresión clínica del cuadro, evidenciando la influencia de elementos demográficos y laborales. La identificación de estos factores permite establecer perfiles de riesgo y diseñar intervenciones terapéuticas más efectivas y personalizadas. (16)

### 1.1.1. Edad

La edad es un predictor importante tanto la manifestación de las dolencias que se localizan en la sección bajas en el área espaldar como en el nivel de kinesiofobia. En etapas tempranas de la adultez, el dolor lumbar puede deberse a esfuerzos físicos inadecuados, sobrecarga muscular o posturas incorrectas, mientras que, en edades más avanzadas, las causas suelen estar relacionadas con procesos degenerativos como la osteoartrosis, hernias discales o espondilosis. Se observa que el incremento de la edad se correlaciona con un ascenso en los niveles de kinesiofobia, fenómeno que puede explicarse por el desgaste físico progresivo, experiencias previas de dolor limitante o incapacitante, así como por la anticipación de pérdida de



autonomía funcional, lo que enfatiza la interacción entre factores fisiológicos, experienciales y psicológicos en la percepción del movimiento y las acciones físicas que son bruscas sobre todo en individuos que atraviesan por la tercera edad, la kinesiofobia puede convertirse en un factor limitante clave, donde es considerando que el temor al movimiento produce una reducción de la actividad corporal, se intensifica la debilitación muscular y la restricción de la amplitud articular, fortaleciendo así un círculo continuo de padecimiento e inactividad que perpetúa la incapacidad y la limitación operativa. (22)

### 1.1.2. Género

La influencia del género en la experiencia del dolor y el desarrollo de kinesiofobia ha sido ampliamente documentada. Diversos estudios indican que las mujeres tienden a reportar mayor intensidad y frecuencia de dolor lumbar. No obstante, en lo que respecta a kinesiofobia, los hombres suelen presentar niveles más altos, posiblemente por una menor disposición a expresar emociones relacionadas con el dolor o por una visión social que asocia la fortaleza física con la masculinidad. Esta situación puede llevar a los varones a reprimir síntomas, evitar el movimiento por temor a agravar la situación y retrasar la búsqueda de atención médica, dificultando la intervención oportuna. (23)

### 1.1.3. Ocupación

La ocupación es un determinante clave tanto en la aparición del dolor lumbar como en la presencia de kinesiofobia. El tipo de actividad que una persona realiza diariamente influye en el exceso de carga física ejercido sobre el eje espinal influye tanto en la captación sensorial del malestar, como en el ajuste



de la respuesta de movimiento frente a la actividad, alterando la función del sistema neuromúsculo-esquelético y la compensación postural de la persona. A continuación, se describen los diferentes grupos ocupacionales y su relación con la lumbalgia inespecífica y la kinesiofobia: (24)

## **a) Sedentario**

Las personas que desarrollan trabajos sedentarios, como administrativos, docentes o profesionales tecnológicos, están expuestas a posturas prolongadas y estáticas, lo que genera desequilibrios musculares, rigidez articular y sobrecarga lumbar. Aunque el esfuerzo físico es mínimo, la falta de movimiento continuo contribuye al deterioro del sistema musculo esquelético. La kinesiofobia en estos casos puede aparecer como resultado de la experiencia de dolor al intentar reiniciar actividades físicas, especialmente si ha existido un episodio doloroso previo. (25)

## **b) Activo**

Quienes mantienen una actividad física regular o moderada, como deportistas o personas que integran el ejercicio en su rutina diaria, tienden a tener menor riesgo de desarrollar dolor lumbar crónico. Sin embargo, también pueden experimentar kinesiofobia si sufrieron lesiones previas que asocien el movimiento con una experiencia dolorosa. En estos casos, el temor al movimiento puede hacer que eviten actividades físicas importantes para su recuperación, lo que incrementa el riesgo de cronificación del dolor. (24)



## **c) Trabajo físico**

Los trabajadores que realizan labores físicamente demandantes (como obreros, albañiles, agricultores, cargadores) están continuamente expuestos a movimientos repetitivos, carga de peso, posturas inadecuadas y vibraciones, factores que incrementan el riesgo de sufrir lesiones lumbares. En este grupo, la kinesiofobia suele desarrollarse como una respuesta adaptativa ante el dolor, particularmente en aquellos pacientes con diagnóstico de una afección musculo esquelética que impone la necesidad de reposo relativo, se observa una mayor vulnerabilidad a la disminución de la movilidad funcional y al incremento del riesgo de complicaciones asociadas a la inactividad prolongada. La percepción de fragilidad o riesgo de recaída puede llevar a evitar ciertas tareas, lo que tiene implicancias socioeconómicas importantes, al limitar su capacidad laboral y, en muchos casos, su sustento familiar. (26)

## **d) Desempleado**

En sujetos sin ocupación remunerada, la aflicción en espalda baja no se relaciona solamente con variables biomecánicas, sino que igualmente resulta influida por determinantes biopsicosociales, incluyendo angustia, estrés persistente, estado depresivo y barreras en el acceso a recursos sanitarios. Estas situaciones propenden a magnificar la sensación álgica y a estimular conductas de huida motriz, derivadas del temor a producirse lesiones o agravar la condición, favoreciendo así la perpetuación del ciclo sufrimiento-inmovilidad. La kinesiofobia en este grupo también puede perpetuarse por la ausencia de rutinas estructuradas o por la baja motivación para la actividad

física, contribuyendo al deterioro progresivo de la condición física y funcional del paciente. (24)

## 1.2. Características Clínicas funcionales del dolor lumbar

La clínica funcional del dolor lumbar representa una dimensión integral que abarca no solo la manifestación del dolor, sino también su impacto físico, emocional y social en el paciente. Desde un enfoque funcional, la valoración del dolor lumbar inespecífico demanda un examen sistemático que considere la intensidad, la cronología y la tipología del dolor, así como, de manera prioritaria, su impacto sobre la capacidad funcional, permitiendo así una comprensión integral de las limitaciones y necesidades terapéuticas del paciente. Estos elementos clínicos están estrechamente relacionados con la aparición de kinesiofobia, ya que el temor al movimiento suele incrementarse en la medida en que el dolor se vuelve crónico, más intenso o incapacitante. (27)

### 1.2.1 Índice de discapacidad de Lumbalgia (IDO)

El IDO es catalogada como herramienta estandarizada y ampliamente reconocida que mide la limitación funcional provocada por el dolor lumbar. Evalúa diez aspectos del funcionamiento diario del paciente: la marcha, la tolerancia a la bipedestación y sedestación prolongadas, la calidad del sueño, así como la participación en la actividad sexual y la interacción social, proporcionando un panorama integral del impacto de las dolencias sobre la funcionalidad y la manera del estilo de vida que el individuo y desplazamiento. La puntuación total permite clasificar el grado de discapacidad en los siguientes niveles:

**a) Mínima (0–20%)**

Corresponde a pacientes con dolor leve y escasa afectación funcional. Pueden realizar sus actividades cotidianas con algunas molestias. Este grupo generalmente responde bien a la actividad física controlada y medidas preventivas, con baja probabilidad de desarrollar kinesiofobia. (28)

**b) Moderada (21–40%)**

Indica una interferencia significativa en la actividad cotidiana, aunque el paciente mantiene autonomía parcial. Es frecuente que presenten cambios posturales, limitación al esfuerzo y necesidad de analgésicos ocasionales. El riesgo de desarrollar kinesiofobia comienza a aumentar si el dolor se percibe como amenazante o se prolonga en el tiempo.

**c) Intensa (41–60%)**

En este rango, la funcionalidad se ve gravemente limitada. El dolor constante afecta tanto el rendimiento laboral como las relaciones personales, e incluso altera el patrón de sueño y el estado emocional. Se observa mayor dependencia, disminución de la actividad motora concomitante con un aumento de los niveles de ansiedad, generando un impacto negativo sobre la función musculoesquelética y la adaptación psicosocial del individuo. frente al movimiento, lo que refuerza la kinesiofobia. (28)

**d) Incapacidad (61–80% o más)**

Los pacientes se encuentran seriamente comprometidos en su funcionalidad y calidad de vida. No pueden realizar tareas básicas sin ayuda y suelen

presentar altos niveles de miedo, frustración o depresión. Esta etapa representa el máximo grado de riesgo de kinesiofobia y de cronificación del dolor. (29)

### 1.2.3. Grado de intensidad del dolor

La magnitud del dolor constituye una variante que evalúa de manera métrica la gravedad de la lumbalgia y su repercusión en la funcionalidad y calidad de vida del paciente. Habitualmente, se cuantifica mediante la Escala Visual Analógica, donde se suele ver que el individuo asigna un valor numérico del 0 (ausencia de dolor) al 10 (intensidad máxima soportable). La correcta interpretación de esta medida resulta esencial para orientar el manejo clínico y determinar la efectividad de las intervenciones terapéuticas: (30)

- **Dolor leve (1–3 puntos):** No interfiere significativamente con las funciones diarias. Los pacientes con este nivel pueden mantener sus rutinas y tienen menor probabilidad de desarrollar kinesiofobia.
- **Dolor moderado (4–6 puntos):** Comienza a influir en el rendimiento físico, las tareas laborales y el descanso. Estos pacientes pueden desarrollar temor al movimiento si asocian la actividad con el empeoramiento de sus síntomas.
- **Dolor severo (7–10 puntos):** Produce un impacto funcional importante, interrumpe el sueño, limita el autocuidado y puede generar una respuesta emocional negativa. Aumenta considerablemente el riesgo de kinesiofobia, ya que el dolor es percibido como una amenaza persistente. (31)



### 1.2.3. Tipo de dolor

La clasificación del dolor lumbar en agudo o crónico no solo tiene implicancias clínicas, sino también psicológicas, ya que afecta de manera súbita como el sujeto tratado infiera la información y reacciona frente a su padecimiento.

**a) Agudo:** De duración menor a seis semanas. Generalmente se relaciona con un evento puntual, como los esfuerzos físicos bruscos repentinos o una mala postura. Aunque suele ser muy doloroso, tiende a ser auto limitado y responde favorablemente al tratamiento. Sin embargo, si el paciente adopta actitudes de evitación desde las primeras fases, se incrementa el riesgo de desarrollar kinesiofobia. **(32)**

**b) Crónico:** Persistente por más de doce semanas. Su aparición puede estar vinculada a factores físicos, pero también emocionales y sociales, como el estrés, la ansiedad o un entorno laboral desfavorable. La aflicción persistente constituye uno de los orígenes centrales de discapacidad duradera y habitualmente se correlaciona con grados significativos de fobia a la movilización, inactividad, aislamiento social y deterioro del estado anímico. **(33)**

### 1.2.4. Tiempo de dolor en el último año

El número de cuadros de dolencias que se localizan en el área lumbar, su duración y frecuencia durante el último año proporcionan una visión integral del curso clínico del paciente. Este factor es importante para identificar la transición del dolor agudo a crónico y evaluar la probabilidad de aparición de kinesiofobia.

Dolor ocasional o episódico: Se presenta en menos de tres ocasiones al año y suele ser de corta duración. Generalmente responde bien al reposo relativo, fisioterapia o ejercicio. El riesgo de kinesiophobia es bajo, salvo que el episodio haya sido particularmente doloroso o incapacitante.

**a) Dolor recurrente:** Tres o más episodios en un año. Indica una tendencia a la recaída y una mayor sensibilización al dolor. El paciente puede comenzar a desarrollar miedo al movimiento como mecanismo de autoprotección, lo cual incrementa la probabilidad de evitar actividades físicas, acentuando la disfunción.

**b) Dolor continuo o persistente:** Presente durante gran parte del año, con exacerbaciones periódicas. En este contexto, el paciente usualmente ya ha incorporado actitudes de evitación, limitación funcional y dependencia de analgésicos. La kinesiophobia en este grupo tiende a ser elevada y requiere intervención psicológica y física combinada. (34)

## 2. Kinesiophobia

El temor al movimiento se caracteriza como el miedo desproporcionado, ilógico y limitante hacia la actividad física, originado por la convicción de que el ejercicio puede provocar padecimiento o un daño adicional. En individuos con aflicción lumbar, esta aprensión se transforma en un obstáculo significativo para la mejoría, puesto que impide la ejecución de prácticas corporales fundamentales para la recuperación funcional, perpetuando el patrón de sedentarismo, pérdida de fuerza muscular y agravamiento del malestar.



El temor al movimiento repercute de forma global, afectando no solamente la dimensión corporal, sino además los ámbitos emocional y comunitario de la persona, modificando su independencia operativa, su rendimiento laboral y su bienestar existencial, y favoreciendo la continuidad de patrones de evasión y restricciones en las tareas cotidianas. (35)

Este fenómeno se asocia comúnmente con el modelo de miedo-evitación, según donde los sujetos que consideran el padecimiento como una señal amenazante desarrollan ansiedad, evitan el movimiento y entran en un proceso de discapacidad progresiva. Por consiguiente, la identificación y medición del temor al movimiento resulta esencial para el diseño de abordajes terapéuticos holísticos que contemplen no solamente la manifestación álgica, sino además los elementos cognitivos y emocionales que favorecen su persistencia, posibilitando una intervención más específica y eficaz. (36)

### **Test de Tampa de Kinesiofobia**

El Test de Tampa de Kinesiofobia (TSK) Representa un recurso de amplio uso destinado a la medición de la ansiedad hacia el ejercicio en sujetos con aflicción músculo-esquelética crónica. El inventario consta de 17 reactivos que investigan creencias, actitudes y esquemas conductuales asociados con el miedo al sufrimiento y la amenaza de daño adicional. Cada uno de estos componentes se puntúa a través de una escala Likert, en base a unidades cuantitativas que varían de 1 a 4, posibilitando una cuantificación detallada de la apreciación de riesgo y la huida motriz, obteniéndose una puntuación total que varía entre 17 y 68 puntos. (37)



La interpretación de los resultados se clasifica en niveles que permiten valorar el grado de kinesiophobia y orientar el tratamiento:

### **Bajo nivel de kinesiophobia ( $\leq 35$ puntos)**

Indica que el paciente tiene una percepción adecuada del dolor y no presenta un miedo significativo al movimiento. Tiende a mantener un estilo de vida activo y participa sin mayor temor en actividades físicas. En este grupo, la rehabilitación física suele ser más efectiva, con bajo riesgo de cronificación del dolor.

### **Moderado nivel de kinesiophobia (36–42 puntos)**

Representa una actitud ambivalente frente al movimiento: aunque el paciente reconoce la importancia de la actividad física, experimenta cierto temor a sufrir daño o empeorar su condición. Esto puede generar resistencia a ejercicios de rehabilitación o actividades laborales. Es importante en estos casos implementar estrategias educativas y psicológicas para reducir el miedo y promover la confianza en el movimiento.

### **Alto nivel de kinesiophobia ( $\geq 43$ puntos)**

Este nivel sugiere una fuerte evitación del movimiento y una percepción altamente amenazante del dolor. Los pacientes en esta categoría suelen presentar mayor discapacidad funcional, menor adherencia al tratamiento y una evolución clínica desfavorable. Se requiere una intervención multidisciplinaria que incluya terapia cognitivo conductual, fisioterapia progresiva y educación para el afrontamiento activo del dolor. (38)

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

**Calidad de vida relacionada con la salud:** Constituye la percepción personal del sujeto acerca del impacto de su condición corporal y mental en el desempeño de tareas habituales y en su desenvolvimiento integral dentro del quehacer cotidiano (18)

**Déficit motor:** Se define como la disminución parcial o absoluta de la función contráctil de determinados grupos musculares, fenómeno que puede comprometer la locomoción, la estabilidad postural y la coordinación motora, afectando así la ejecución eficiente de los movimientos voluntarios. (20)

**Dolor lumbar crónico:** Se define como padecimiento lumbar persistente aquel que se extiende durante un lapso mayor a 12 semanas. Esta afección puede originar consecuencias importantes en los niveles corporal, emocional y relacional, siendo habitualmente influenciada por elementos mecánicos, cognitivos y biopsicosociales que favorecen la continuidad y prolongación del estado clínico. (14)

**Dolor lumbar:** Constituye una presentación clínica habitual, definida por la presencia de lumbalgia inespecífica, la cual se manifiesta como la manifestación sorpresiva de dolencias que se hallan en la zona inferior baja del espaldar estructural o patológica claramente identificable. (11)

**Kinesiofobia:** Se conceptualiza como el rechazo hacia la movilidad o el ejercicio corporal fundamentado en la creencia de que tales conductas podrían desencadenar sufrimiento o provocar daño tisular complementario. (30)



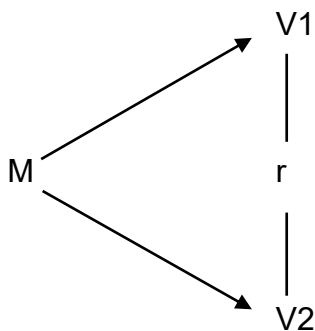
## CAPITULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación correspondió a un diseño no experimental, dado que no se manipularon las variantes, sino que se observaron tal como se presentaban en su entorno natural. (39).

Este diseño se línea al marco actual:



Donde:

M = Muestra

V<sub>1</sub> = Dolor Lumbar

V<sub>2</sub> = Kinesiofobia

r = Correlación entre dichas variables

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo básica, de nivel correlacional y de corte transversal. Fue básica, ya que tuvo como objetivo generar conocimiento



fundamental sin una intención inmediata de aplicación práctica. Correlacional, dado que su propósito fue explorar la relación entre dos variables. Transversal, ya que los datos se tomaron en un único momento en el tiempo. (40)

### 3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se aplicó el método hipotético-deductivo con enfoque cuantitativo, ya que se enfocó en la recolección y el análisis de datos numéricos con el fin de identificar patrones. (41)

### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.4.1. Población

La población estuvo conformada por un total de 78 pacientes adultos diagnosticados con dolor lumbar, que acudieron al servicio de Medicina física y rehabilitación en la Clínica Monte Sinaí, a quienes se les encuestó durante el período de 3 meses entre julio, agosto y setiembre.

#### 3.4.2. Muestra

Se seleccionó una muestra de 65 pacientes, quienes fueron seleccionados mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. El tamaño muestral se calculó con una fórmula para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{(N - 1)e^2 + Z^2 \times p \times q}$$

**Donde:**

N = tamaño de la población                      78

Z = nivel de confianza del 95%                Z= 1.96 (Z<sup>2</sup> =3.8416)



p = probabilidad de éxito	0.5
q = probabilidad de fracaso	1-p= 0.5
e = error máximo permitido	0.05 (e <sup>2</sup> =0.0025)
n= tamaño de muestra	

$$n = \frac{1.96^2 * (0.5) * (0.5) * 78}{(78-1) * (0.5) * (0.5) + 3.8416 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.5 * 0.5 * 78}{(78-1) * 0.0025 + 3.8416 * 0.25}$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.25 * 78}{77 * 0.0025 + 3.8416 * 0.9604}$$

$$n = \frac{0.9604 * 78}{0.1925 * 0.9604}$$

$$n = \frac{74.9112}{1.1529}$$

$$n = 65$$

## Inclusión

- Pacientes diagnosticados con dolor lumbar inespecífico.
- Edad comprendida entre 30 y 70 años.
- Pacientes que fueron enviados al servicio de medicina física y rehabilitación.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado.

## Exclusión

- Personas con alteraciones neurológicas o psiquiátricas diagnosticadas.



- Pacientes que no completan el cuestionario de Tampa
- Individuos con antecedentes de cirugía de columna reciente.

### 3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

#### 3.5.1. Técnicas

**Variable 1:** Encuesta, se utilizó la encuesta como técnica para recolectar información sobre la percepción, intensidad y características del dolor lumbar

**Variable 2:** Encuesta, se empleó la encuesta como técnica para evaluar el grado de kinesiofobia presente en los pacientes, basada en sus actitudes y miedos relacionados con el movimiento físico durante el dolor lumbar.

#### 3.5.2. Instrumentos

**Variable 1:** Es un cuestionario estructurado sobre el dolor lumbar tiene 7 ítems: 1,2,3 recolecta características sociodemográficas (edad, género y ocupación). Ítems 4-7 recolecta datos clínicos funcionales del dolor lumbar. El ítem 4 índice discapacidad de Oswestry Disability Index (ODI), versión en español validada, que evalúa 10 dominios de la vida diaria. Ítems 5-7 escala de intensidad del dolor (EVA), tipo de dolor y tiempo de evolución.

**Variable 2:** Cuestionario de Kinesiofobia

Se utilizó como instrumento el cuestionario Escala de Tampa para Kinesiofobia (TSK-11) creada por Woby, et al. que esta estructura en su versión reducida por 11 ítems, cada ítem es una afirmación el



paciente indica de acuerdo a la escala de Likert de 4 puntos: 1 totalmente de acuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo, 4 totalmente de acuerdo. Las respuestas suman una puntuación, en ítem 2 es de una puntuación inversa. Interpretación del puntaje: total 11-22 bajo nivel kinesiofobia, 23-33 moderado nivel de kinesiofobia, 34-44 alto nivel de kinesiofobia.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

#### **a) Coordinación**

En primera instancia, se presentó una solicitud de permiso a la gerencia de la Clínica Monte Sinaí para obtener el permiso y la autorización correspondiente de ingresar a sus instalaciones. A su mismo se solicitó el permiso correspondiente a la Jefa del Área de Rehabilitación informando que se realizaría la investigación. Este procedimiento fue fundamental para garantizar la realización ética y autorizada de la recolección de datos a través de encuestas, conforme a los lineamientos institucionales.

#### **b) Ejecución**

Una vez recolectada la información, los datos obtenidos fueron organizados y tabulados en tablas estadísticas y figuras representativas, facilitando así su análisis descriptivo e inferencial. Posteriormente, la información fue sintetizada e interpretada de acuerdo con los objetivos del estudio. El análisis estadístico se realizó empleando el software SPSS versión 25, aplicándose la prueba de chi-cuadrado ( $X^2$ ) de Pearson, a fin de determinar la relación entre el dolor lumbar y la kinesiofobia en la población investigada.

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

La contrastación de Hipótesis se realizó mediante un análisis inferencial utilizando la prueba Chi -Cuadrado ( $X^2$ ) de Pearson. Considerando un nivel de significancia de  $p$  menor que 0,05 para comprobar la validez de las hipótesis.

### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### 3.8.1. Validez

Variable 1, el instrumento fue sometido a un procedimiento de validación mediante la evaluación de 3 especialistas, con la finalidad de garantizar su precisión, consistencia y aplicabilidad respecto a los objetivos del estudio.

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 (42).

#### 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
,753	8



### CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**TABLA 1. RELACIÓN DE LA EDAD Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAÍ DE JULIACA 2025.**

Edad	Nivel de kinesiofobia según test de tampa							
	Bajo		Moderado		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Jóvenes (18 – 29 años)	6	9,2	11	16,9	0	0,0	17	26,1
Adultos (30 – 59 años)	10	15,4	27	41,5	1	1,6	38	58,5
Adultos mayores (>60 años)	2	3,1	7	10,8	1	1,5	10	15,4
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>27,7</b>	<b>45</b>	<b>69,2</b>	<b>2</b>	<b>3,1</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Guía de observación.

**$X^2 Cal = 22.769$**

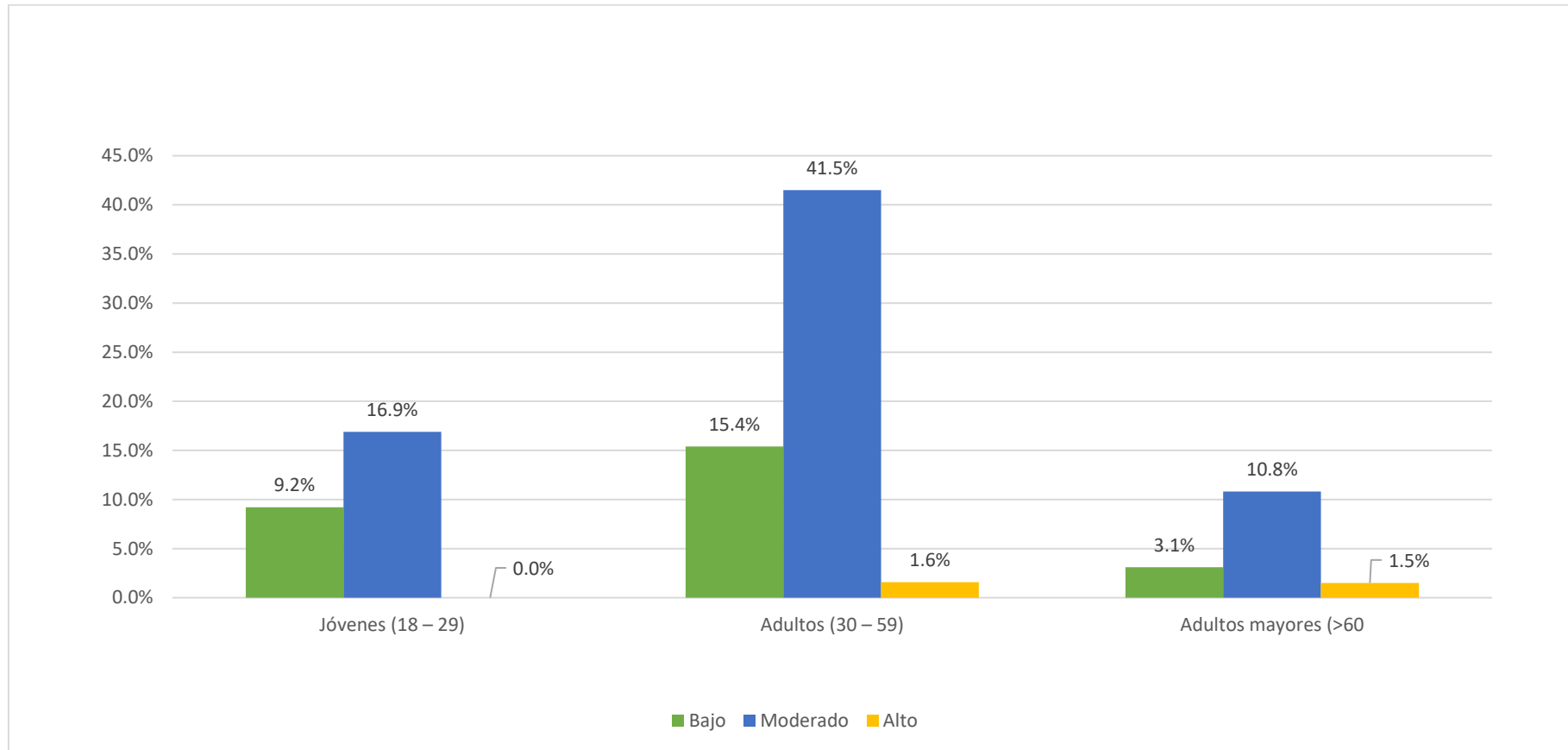
**$GL = 4$**

**$X^2 Tab = 9.487$**

**$P = 0.007$**

**ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 1. RELACIÓN DE LA EDAD Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE JULIACA 2025**



Fuente: Tabla 1



En relación con la edad y la kinesiophobia, el 58.5% de los pacientes atendidos correspondió a adultos de 30 a 59 años, el 26.1% a jóvenes de 18 a 29 años y el 15.4% a adultos mayores de 60 años o más.

En el análisis multivariable del Test de Tampa para Kinesiophobia, se observó que el 41.5% de los participantes presentó un nivel moderado de kinesiophobia, el 15.4% un nivel bajo y el 1.6% un nivel alto. Cabe destacar que todos los niveles de kinesiophobia predominaron en pacientes adultos pertenecientes al grupo etario de 30 a 59 años.

Según el análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado, se obtuvo un valor  $\chi^2$  calculado de 22.769, el cual supera el valor crítico tabulado de 9.487 para 4 grados de libertad, con un nivel de significancia de  $p = 0.007$ . Este resultado indica la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de kinesiophobia.

Según **Ojeda** (13), la edad promedio de los participantes fue de 39.79 años y la mayoría presentó baja kinesiophobia (56.0%). En contraste, en el presente estudio el 58.5% correspondió a adultos de 30 a 59 años, quienes mostraron una moderada relación con la presencia de kinesiophobia. Esta diferencia podría explicarse por variaciones en las características de la población estudiada, el contexto sociolaboral y el nivel de exposición a factores de riesgo, como trabajos que implican esfuerzo físico o antecedentes de dolor lumbar, los cuales podrían incrementar la percepción de temor al movimiento.

**TABLA 2. RELACIÓN DEL GÉNERO Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE JULIACA 2025**

Género	Nivel de kinesiofobia según test de tampa						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Femenino	6	9,2	23	35,4	1	1,6	30	46,2
Masculino	12	18,5	22	33,8	1	1,5	35	53,8
TOTAL	18	27,7	45	69,2	2	3,1	65	100,0

Fuente: Guía de observación.

$$X^2 \text{ Cal} = 21.647$$

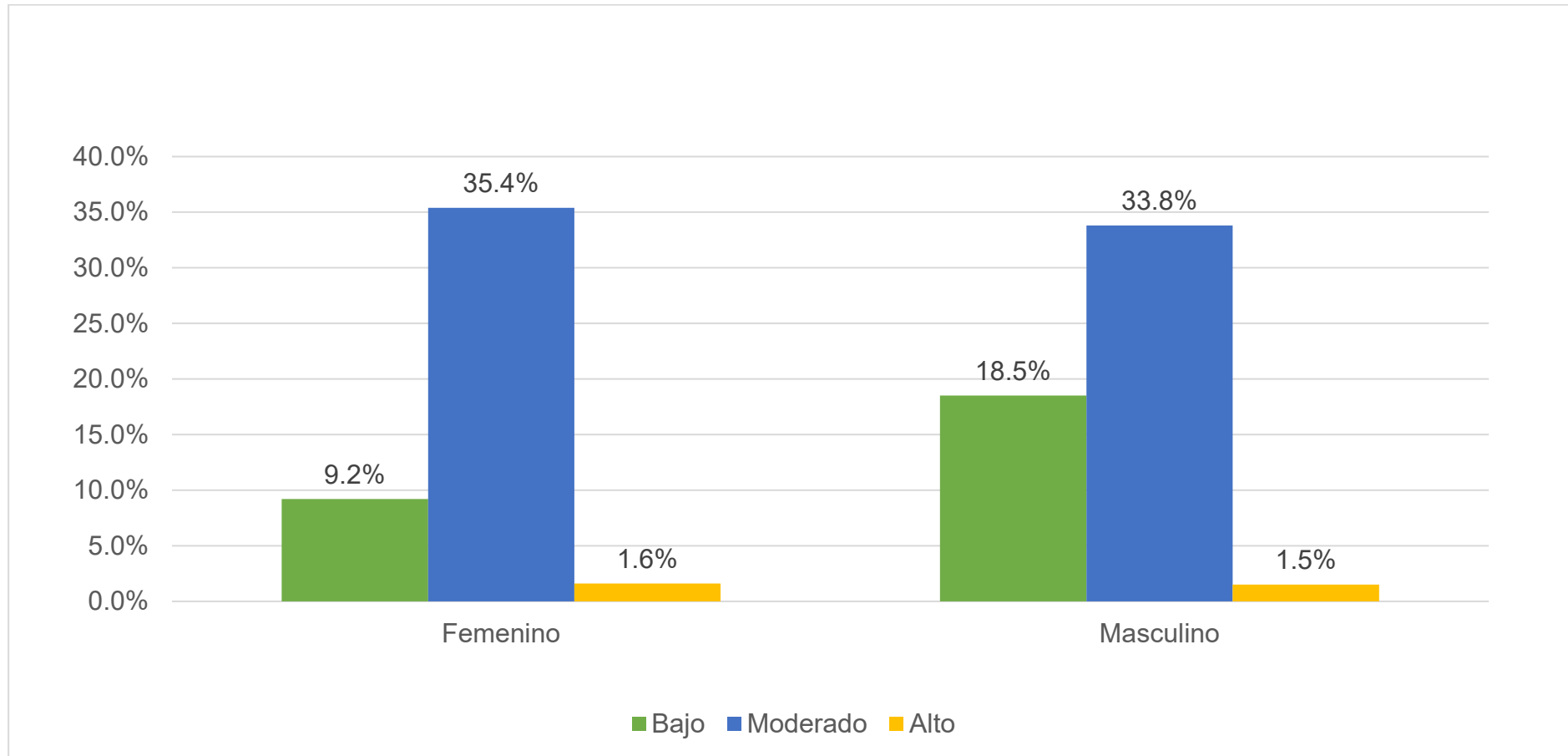
$$GL = 2$$

$$X^2 \text{ Tab} = 5.991$$

$$P=0.014$$

**ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 2. RELACION DEL GÉNERO Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE JULIACA 2025.**



Fuente: tabla 2



En relación con el género y la kinesiofobia, el 53.8% fueron del género masculino y el 46.2% fueron del género femenino.

En el análisis multivariable del Test de Tampa para Kinesiofobia, se observó que el 35.4% de los participantes presentó un nivel moderado de kinesiofobia, el 18.5% un nivel bajo y el 1.6% un nivel alto. Cabe destacar que todos los niveles de kinesiofobia predominaron en pacientes adultos pertenecientes a pacientes del género masculino.

Según el análisis inferencial a través del test chi-cuadrado, se determinó un coeficiente  $\chi^2$  de 21.647, que excede el umbral crítico referencial de 5.991 correspondiente a 2 gl, alcanzando una significancia de  $p = 0.014$ . Dicho hallazgo demuestra la presencia de una correlación estadísticamente relevante entre el sexo y la magnitud del temor al movimiento.

Según **Solano** (5), la distribución por sexo biológico, el predominio correspondió al masculino con un 73,30%, mientras que el femenino representó el 26,70% de los casos analizados. De manera concordante, en el presente estudio se identificó que el 53,8% de los sujetos que manifestaron dolor lumbar asociado a kinesiofobia pertenecían al sexo masculino. Aunque esta proporción resulta inferior a la descrita por Solano, ambos hallazgos convergen en señalar una mayor prevalencia de esta condición en individuos de género masculino.

**TABLA 3. RELACIÓN DE LA OCUPACIÓN Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAÍ DE JULIACA 2025**

Ocupación	Nivel de kinesiofobia según test de tampa							
	Bajo		Moderado		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sedentario	2	3,1	3	4,6	0	0,0	5	7,7
Activo	5	7,7	18	27,7	0	0,0	23	35,4
Trabajo físico	11	16,9	23	35,4	2	3,1	36	55,4
Desempleado	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	1,5
TOTAL	18	27,7	45	69,2	2	3,1	65	100,0

Fuente: Guía de observación.

 $X^2_{Cal} = 35.180$ 

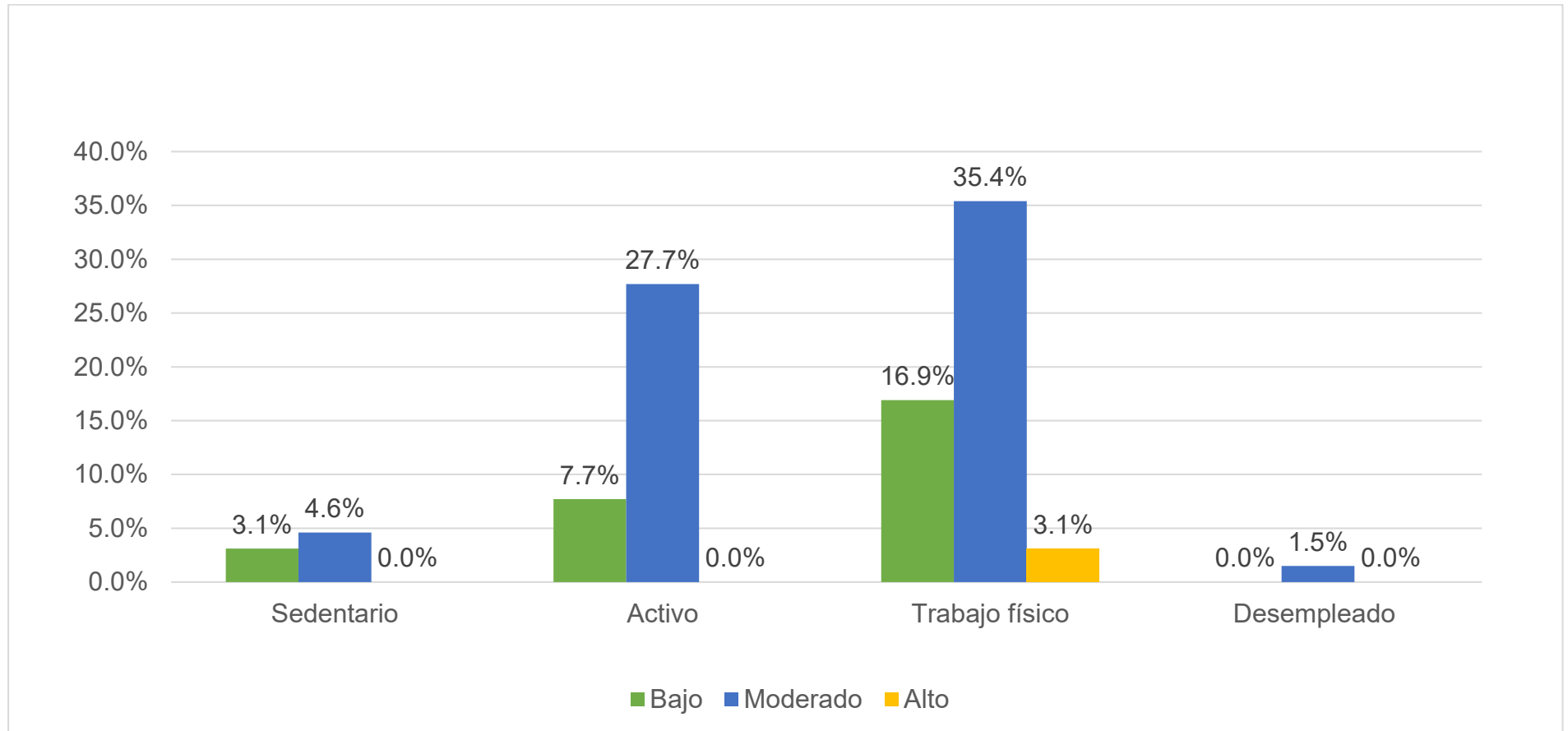
GL = 6

 $X^2_{Tab} = 12.591$ 

P = 0.006

**ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 3. RELACIÓN DE LA OCUPACIÓN Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE JULIACA 2025**



Fuente: Tabla 3



En relación con la ocupación y la kinesiofobia, el 55.4% de los pacientes desempeña trabajos que implican esfuerzo físico, el 35.4% realiza actividades que requieren mantenerse activo, el 7.7% tiene ocupaciones sedentarias y el 1.5% se encuentra desempleado.

En el análisis multivariable del Test de Tampa para Kinesiofobia, se observó que el 35.4% de los participantes presentó un nivel moderado de kinesiofobia, el 16.9% un nivel bajo y el 3,1% un nivel alto. Cabe destacar que todos los niveles de kinesiofobia predominaron la ocupación de trabajo físico.

Según el análisis estadístico por medio de la evaluación chi-cuadrado, se obtuvo un coeficiente  $\chi^2$  de 35.180, rebasando el valor de referencia de 12.591 para seis grados de libertad, con  $p = 0.006$ . Tal resultado señala la existencia de una conexión estadísticamente apreciable entre el oficio desempeñado y la magnitud de kinesiofobia.

Según **Orihuela** (11) los niveles más altos de kinesiofobia dichas manifestaciones fueron descritas con mayor frecuencia en profesionales, lo que podría atribuirse a condicionantes como la sobrecarga psicosocial, la adopción prolongada de posturas estáticas o la autopercepción de limitación funcional frente al estímulo doloroso. No obstante, en el presente análisis se evidenció que el 55,4% de los individuos con kinesiofobia desempeñaban. Esta discrepancia puede interpretarse a partir de las particularidades de la población evaluada y del tipo de exigencia ocupacional predominante, dado que las actividades con alta demanda biomecánica podrían contribuir tanto a la instauración como a la exacerbación del dolor lumbar, favoreciendo el desarrollo del temor al movimiento.

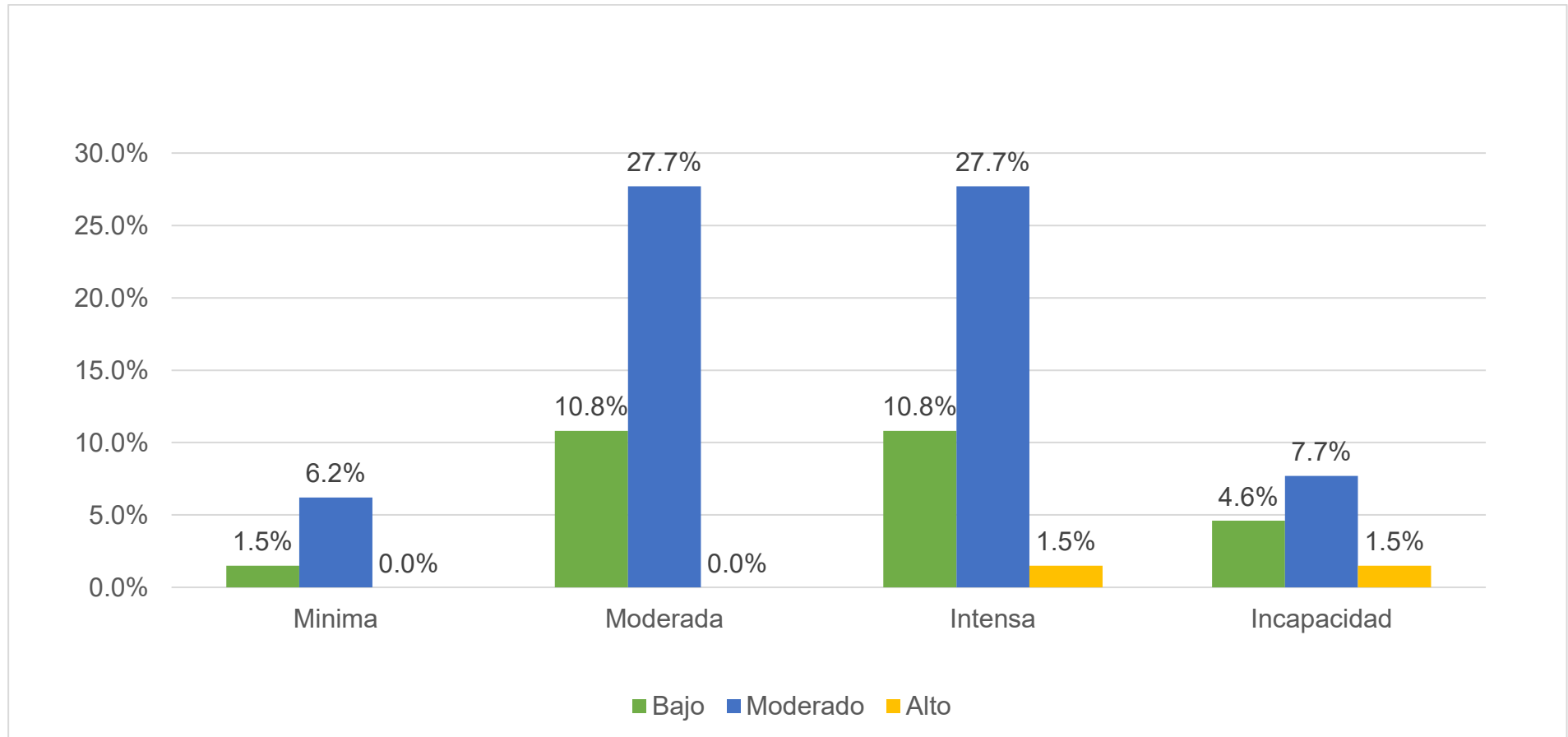
**TABLA 4. RELACIÓN DEL ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE LUMBALGIA Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAÍ DE JULIACA 2025**

Índice de discapacidad de lumbalgia	Nivel de kinesiofobia según test de tampa							
	Bajo		Moderado		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Mínima	1	1,5	4	6,2	0	0,0	5	7,7
Moderada	7	10,8	18	27,7	0	0,0	25	38,5
Intensa	7	10,8	18	27,7	1	1,5	26	40,0
Incapacidad	3	4,6	5	7,7	1	1,5	9	13,8
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>27,7</b>	<b>45</b>	<b>69,3</b>	<b>2</b>	<b>3,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Guía de observación.

 $X^2_{Cal} = 39.432$  $GL = 6$  $X^2_{Tab} = 12.5916$  $P = 0.000$ **ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 4. RELACION DEL ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE LUMBALGIA Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAÍ DE JULIACA 2025**



Fuente: Tabla 4



En relación con el índice de discapacidad de lumbalgia y la kinesiofobia, el 40% presentó lumbalgia de intensidad alta, el 38.5% refirió un nivel moderado, el 13.8% manifestó incapacidad y el 7.7% indicó un nivel mínimo.

En el análisis multivariable del Test de Tampa para Kinesiofobia, se observó que el 27.7% de los participantes presentó un nivel moderado de kinesiofobia, el 10.8% un nivel bajo y el 1.5 % un nivel alto. Cabe destacar que todos los niveles de kinesiofobia predominaron el índice de discapacidad de lumbalgia intensa

Según el análisis estadístico por medio de la evaluación chi-cuadrado, se obtuvo un coeficiente  $\chi^2$  de 39.432, rebasando el valor de referencia de 12.591 para seis grados de libertad, con  $p = 0.000$ . Tal resultado señala la existencia de una conexión estadísticamente apreciable entre la escala de discapacidad por patología lumbar y la magnitud de kinesiofobia.

Según **Yamada** (9), la prevalencia de Se reportó una proporción de discapacidad del 65,7%, con una media de  $15,7 \pm 5,3$  puntos obtenida mediante el Cuestionario de Discapacidad de Roland-Morris. Por el contrario, en la investigación actual se identificó que el 40% de los participantes presentó un grado severo de limitación funcional secundaria a lumbalgia. Aunque ambos abordajes ponen de manifiesto una afectación funcional considerable, la frecuencia observada en el presente estudio resulta inferior, lo cual podría explicarse por divergencias en los instrumentos de evaluación empleados, los umbrales de categorización utilizados o las particularidades clínicas propias de las poblaciones analizadas.

**TABLA 5. RELACIÓN DEL GRADO DE INTENSIDAD DEL DOLOR Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAÍ DE JULIACA 2025**

Grado de intensidad del dolor	Nivel de kinesiofobia según test de tampa						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Leve	2	3,1	3	4,6	0	0,0	5	7,7
Moderado	7	10,8	18	27,7	0	0,0	25	38,5
Fuerte	7	10,8	15	23,1	1	1,5	23	35,4
Muy fuerte	2	3,1	9	13,8	1	1,5	12	18,4
TOTAL	18	27,8	45	69,2	2	3,0	65	100,0

Fuente: Guía de observación.

 $X^2_{Cal} = 19.185$ 

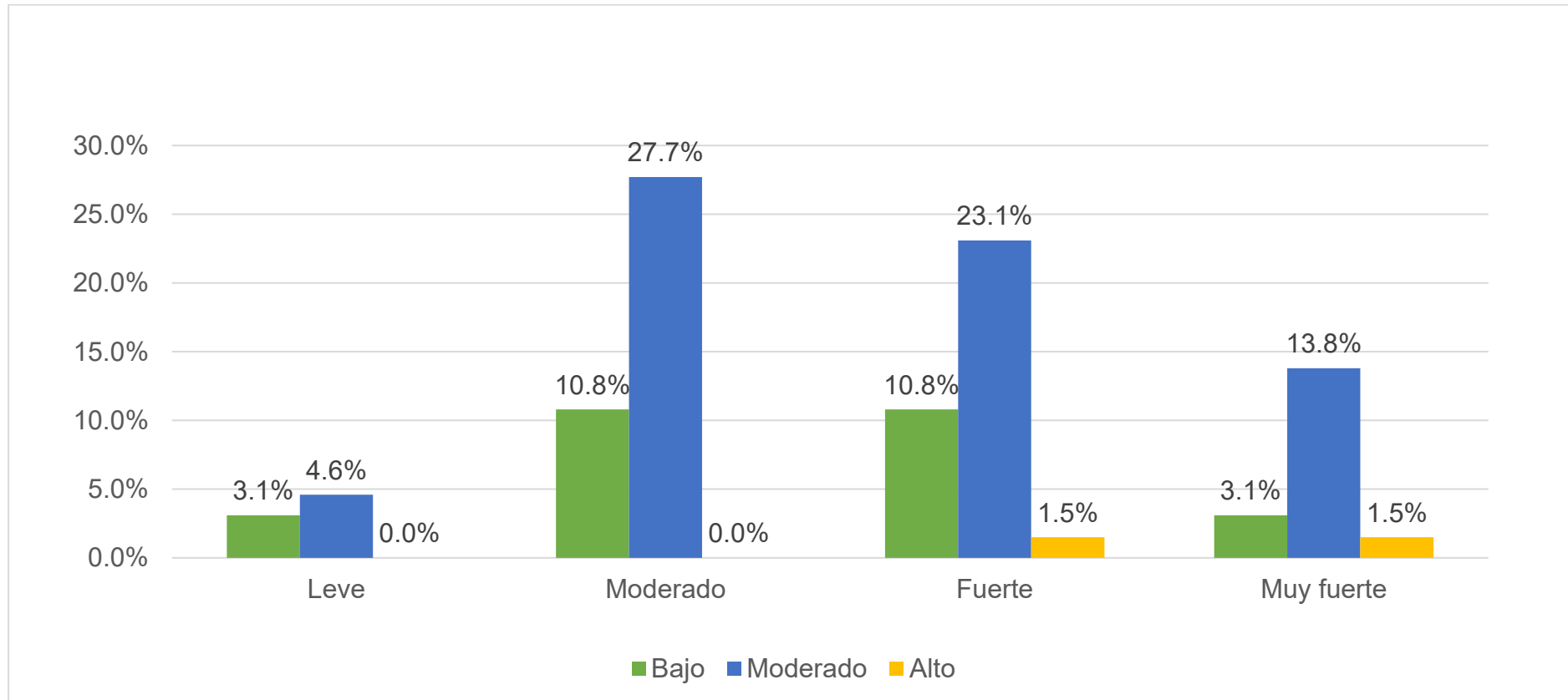
GL =6

 $X^2_{Tab} = 12.591$ 

P =0.039

**ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 5. RELACIÓN DEL GRADO DE INTENSIDAD DEL DOLOR Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE JULIACA 2025**



Fuente: Tabla 5



En relación con el grado de intensidad del dolor y la kinesiofobia, el 38.5% presento un grado de intensidad del dolor moderado, el 35.4% una intensidad fuerte, el 18.4% con una intensidad muy fuerte y el 7.7% presento una intensidad leve.

En el análisis multivariable del Test de Tampa para Kinesiofobia, se observó que el 27.7% de los participantes presentó un nivel moderado de kinesiofobia, el 10.8% un nivel bajo y el 1.5 % un nivel alto. Cabe destacar que todos los niveles de kinesiofobia predominaron en pacientes el grado de intensidad del dolor fue moderado.

Según el análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado, se obtuvo un valor  $\chi^2$  calculado de 19.185, el cual supera el valor crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad, con un nivel de significancia de  $p = 0.039$ . Este resultado indica la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el grado de intensidad del dolor y el nivel de kinesiofobia.

Según los hallazgos de **Iglesia y Mamani**, la evaluación posttest con el cuestionario de Oswestry mostró que 17 pacientes presentaron una limitación funcional mínima, 22 un grado moderado y 1 un grado intenso. En el presente estudio, el 38.5% de los pacientes presentó una intensidad moderada de dolor. Aunque ambos trabajos coinciden en que el grado moderado es el más frecuente, la comparación debe hacerse con cautela, ya que en el estudio de Iglesia y Mamani la medición se centró en la limitación funcional, mientras que en el estudio actual se evaluó la intensidad del dolor.

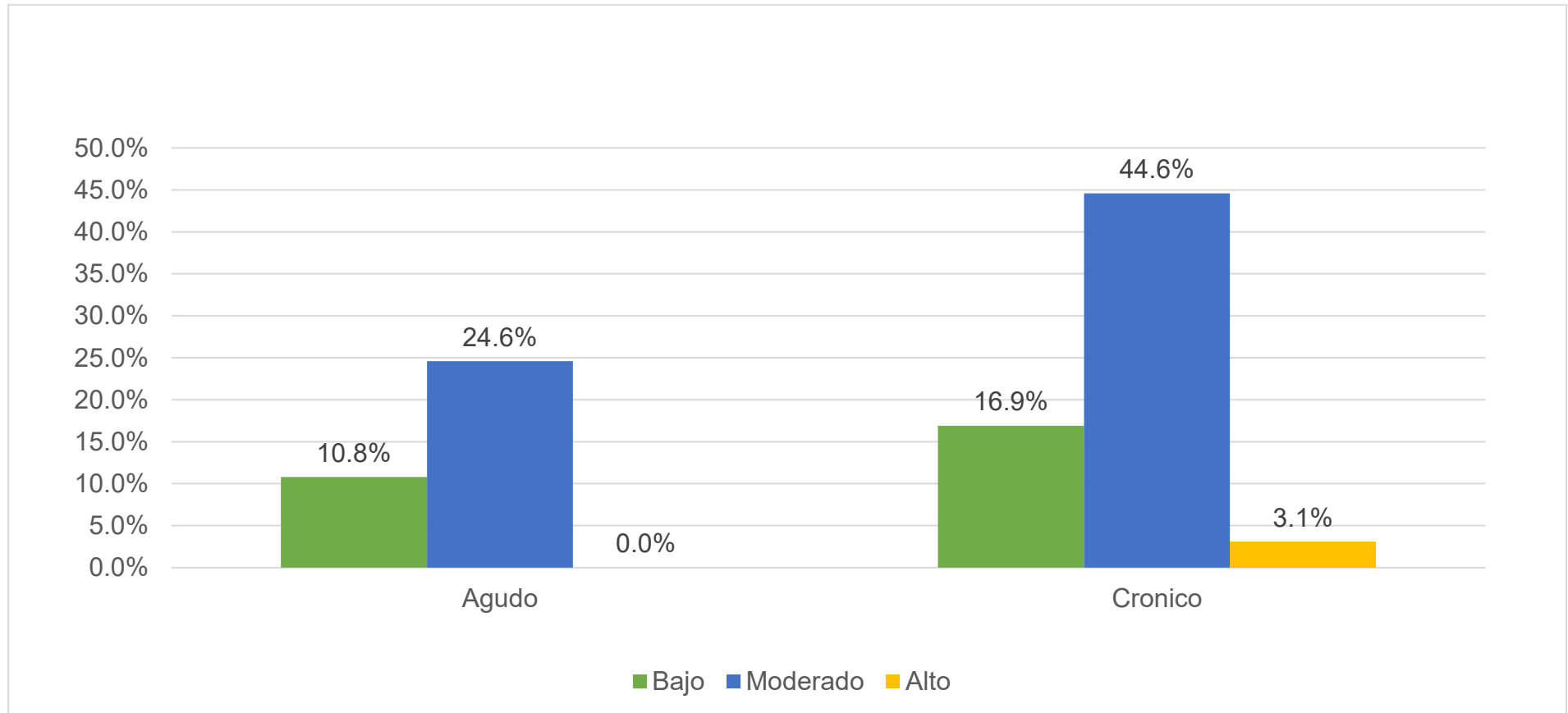
**TABLA 6. RELACIÓN DEL TIPO DE DOLOR Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAÍ DE JULIACA 2025**

Tipo de dolor	Nivel de kinesiofobia según test de tampa							
	Bajo		Moderado		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Agudo	7	10,8	16	24,6	0	0,0	23	35,4
Crónico	11	16,9	29	44,6	2	3,1	42	64,6
TOTAL	18	27,7	45	69,2	2	3,1	65	100,0

Fuente: Guía de observación.

 $X^2 C = 28.192$  $X^2 T = 5.991$  $GL = 2$  $p = 0.002$ **ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 6. RELACION DEL TIPO DE DOLOR y la kinesiofobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca 2025**



Fuente. Tabla 6



En relación con el tipo de dolor y la kinesiophobia, el 64.6% presentó un dolor crónico y el 35.4% presentó un dolor agudo.

En el análisis multivariable del Test de Tampa para Kinesiophobia, se observó que el 44.6% de los participantes presentó un nivel moderado de kinesiophobia, el 16.9% un nivel bajo y el 1.5 % un nivel alto. Cabe destacar que todos los niveles de kinesiophobia predominaron en pacientes el tipo de dolor fue crónico.

Según el análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado, se obtuvo un valor  $\chi^2$  calculado de 28.192, el cual supera el valor crítico tabulado de 5.991 para 2 grados de libertad, con un nivel de significancia de  $p = 0.002$ . Este resultado indica la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de dolor y el nivel de kinesiophobia.

Según los hallazgos de **Solano** (5), el manejo inadecuado del dolor —tanto en su dimensión física como psicológica— puede desencadenar kinesiophobia, definida como un miedo extremo al dolor asociado con el movimiento. En el presente estudio, el 64.6% de los pacientes presentó dolor crónico, lo que concuerda con la idea de que la persistencia del dolor favorece la aparición y mantenimiento de la kinesiophobia. La cronificación del dolor no solo incrementa las limitaciones físicas, sino que también refuerza patrones de evitación y temor al movimiento, generando un círculo vicioso dolor–miedo–inactividad.



**TABLA 7. RELACIÓN DEL TIEMPO DE DOLOR Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAÍ DE JULIACA 2025**

Tiempo de dolor	Nivel de kinesiofobia según test de tampa							
	Bajo		Moderado		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Días	3	4,6	8	12,3	0	0,0	11	16,9
Semanas	3	4,6	10	15,4	1	1,5	14	21,5
Meses	6	9,3	9	13,8	0	0,0	15	23,1
Años	6	9,2	18	27,7	1	1,6	25	38,5
TOTAL	18	27,7	45	69,2	2	3,1	65	100,0

Fuente: Ficha de observación.

$X^2_{Cal} = 43.006$

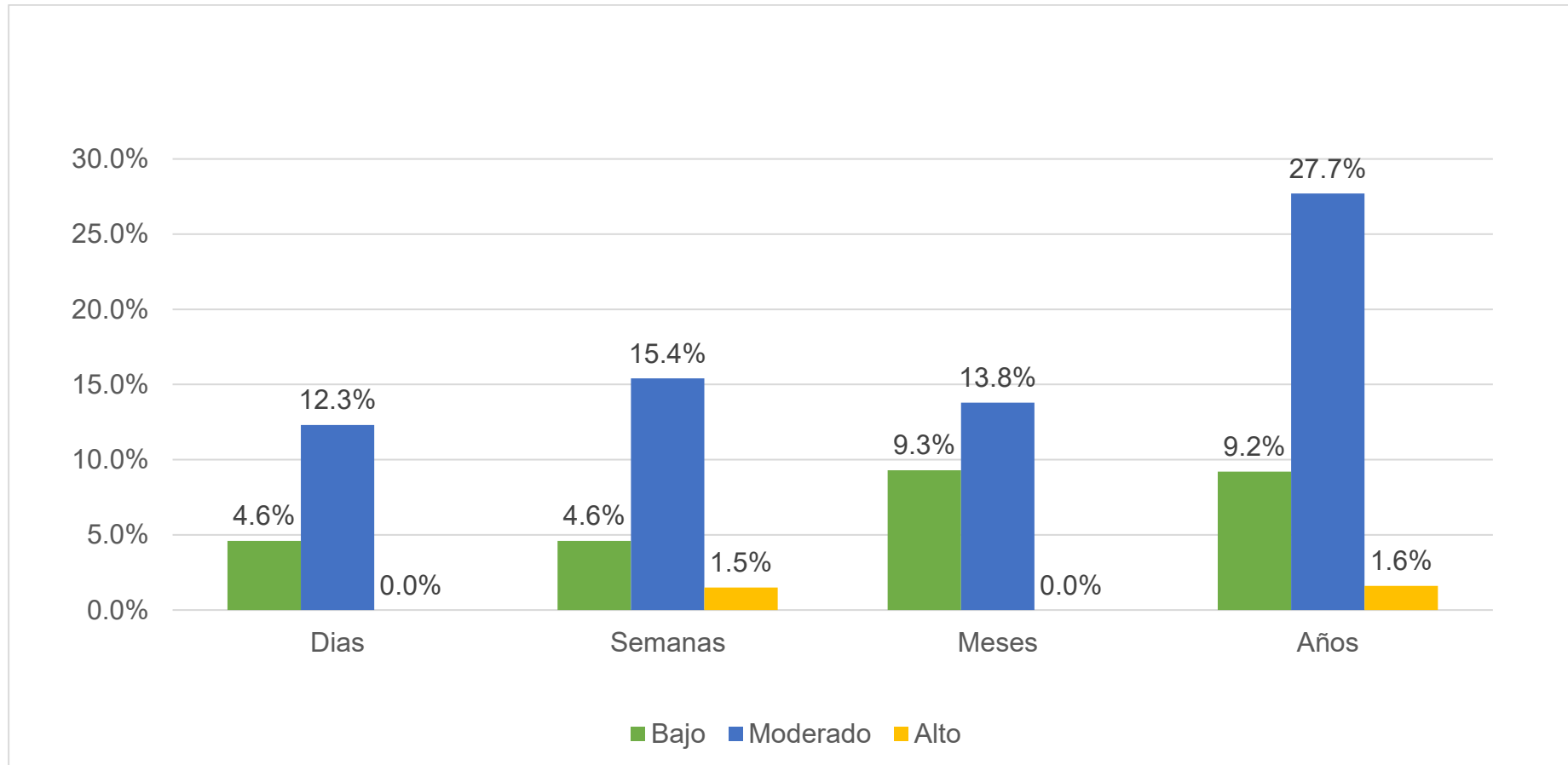
$GL = 6$

$X^2_{Tab} = 12.591$

$p = 0.001$

**ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 7. RELACION DEL TIEMPO DE DOLOR Y LA KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAÍ DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 7



En relación con el tiempo de dolor y la kinesiofobia, el 38.5% señaló que tiene dolor por años, el 23.1% señaló que tiene dolor por meses, el 21.5% señaló que semanas y el 16.9% señaló que lo padece solo días.

En el análisis multivariable del Test de Tampa para Kinesiofobia, se observó que el 27.7% de los participantes presentó un nivel moderado de kinesiofobia, el 9.3% un nivel bajo y el 1.6 % un nivel alto. Cabe destacar en todos los niveles de kinesiofobia predominaron el tiempo de dolor por años.

Según el análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado, se obtuvo un valor  $\chi^2$  calculado de 43.006, el cual supera el valor crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad, con un nivel de significancia de  $p = 0.001$ . Este resultado indica la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo del dolor y el nivel de kinesiofobia.

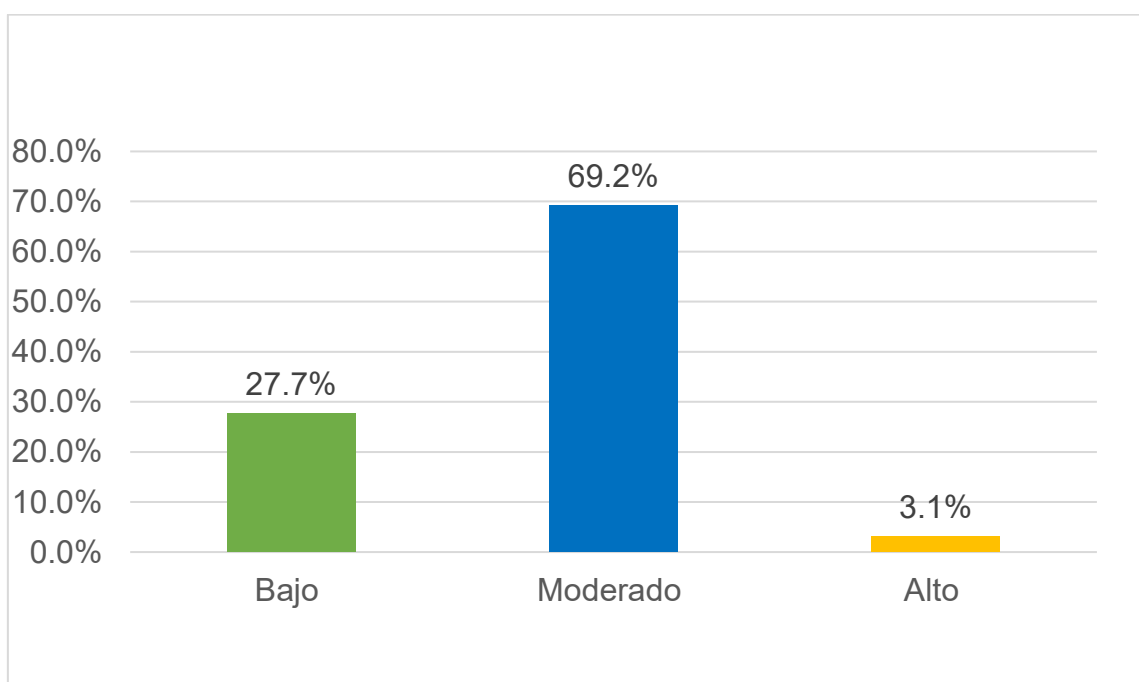
Según **Martínez** (10), el 52.5% de la población evaluada presentó dolor lumbar por menos de una hora, con una intensidad moderada en el 42.4% y una duración de 1 a 7 días en el 57.6% de los casos. En contraste, en el presente estudio el 38.5% de los pacientes manifestó padecer dolor lumbar desde hace varios años, lo que refleja una mayor tendencia hacia la cronificación. Esta diferencia podría estar relacionada con factores como el retraso en la búsqueda de atención médica, la exposición prolongada a condiciones laborales de riesgo o la ausencia de programas efectivos de prevención y rehabilitación.

**TABLA 8. NIVEL DE KINESIOFOBIA SEGÚN TEST DE TAMPA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE JULIACA 2025**

Nivel de kinesiophobia Según Test De Tampa	TOTAL	
	fi	%
Bajo	18	27,7
Moderado	45	69,2
Alto	2	3,1
TOTAL	65	100,0

Fuente: Cuestionario.

**FIGURA 8. NIVEL DE KINESIOFOBIA SEGÚN TEST DE TAMPA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 8.



Este apartado corresponde al cuarto objetivo específico de la investigación: evaluar el nivel de kinesiofobia mediante el Test de Tampa en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca.

Respecto al análisis multivariable del Test de Tampa para Kinesiofobia, que clasifica los resultados en tres niveles (bajo, moderado y alto), se observó que el 69.2% de los pacientes presentó un nivel moderado de kinesiofobia.

Según **Martínez** (10), entre cirujanos dentistas evaluados con la Escala de Kinesiofobia de Tampa y el Cuestionario Nórdico de Kuorinka, el 62.5% presentó un nivel alto de kinesiofobia y el 37.5% un nivel bajo, predominando el género femenino (66.2%). En el presente estudio, en cambio, el 69.2% mostró un nivel moderado, lo que discrepa parcialmente con los hallazgos de Martínez. Esta diferencia podría explicarse por las características ocupacionales y clínicas de cada población, ya que los dentistas están expuestos a posturas mantenidas y tensiones específicas que pueden incrementar el temor al movimiento, mientras que en la muestra actual existe mayor diversidad laboral y clínica, favoreciendo niveles menos extremos de kinesiofobia.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Se determinó que existe una relación significativa entre el dolor lumbar y la kinesiofobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca – 2025, siendo las características sociodemográficas y las características clínicas funcionales las más asociadas. En consecuencia, se aceptó la hipótesis planteada.

**SEGUNDA:** Se identificó una relación significativa entre las características sociodemográficas y la kinesiofobia. Según el grupo etario, el 58.5% correspondió a adultos de 30 a 59 años ( $p = 0.007$ ); en cuanto al género, el 53.8% fueron varones, quienes presentaron mayor prevalencia ( $p = 0.014$ ); y respecto a la ocupación, el 55.4% desempeñaba trabajos físicos ( $p = 0.006$ ).

**TERCERA:** Se señaló una relación significativa entre las características clínicas funcionales de la lumbalgia y la kinesiofobia. Según el índice de discapacidad por lumbalgia, el 40% presentó un nivel intenso ( $p = 0.000$ ) y el 38.5% reportó un grado moderado. En el tipo de dolor, el 64.6% manifestó dolor crónico ( $p = 0.002$ ) y, respecto al tiempo de evolución, el 38.1% indicó padecerlo varios años ( $p = 0.001$ ).

**CUARTA:** Se evaluó el nivel de kinesiofobia mediante el Test de Tampa en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca, encontrándose que el 69.2% presentó un nivel moderado.



## RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** A la directora de la clínica Monte Sinaí coordinar con la jefa del servicio de rehabilitación para el diseño e implementación de un programa integral de prevención en higiene postural y ergonomía laboral, así como la creación un programa progresivo de rehabilitación ocupacional dirigido exclusivamente a trabajadores físicos, con el propósito de optimizar la atención al paciente desde un enfoque integral.
- SEGUNDA:** A los médicos, brindar la atención al paciente conforme al modelo biopsicosocial, incorporando desde la primera consulta un sistema de clasificación de riesgo kinesico-psicologico en la historia clínica, con el fin de orientar la toma de decisiones clínicas y el abordaje terapéutico integral.
- TERCERA:** Al jefe del servicio de rehabilitación y Psicología se recomienda establecer un protocolo bimodal obligatorio que integre la terapia física y la intervención psicológica, destinado a pacientes con dolor lumbar persistente. Asimismo, promover el diseño de un programa específico de rehabilitación para el dolor persistente, la elaboración de material educativo (folletos y recursos audiovisuales) orientando a la comprensión del dolor lumbar, la kinesiofobia y los beneficios del movimiento controlado, así como la realización de instancias de capacitación con enfoque biopsicosociales en el abordaje del dolor crónico.



**CUARTA:** Al personal del servicio de rehabilitación la incorporación, en los planes terapéuticos de intervenciones basadas en enfoques actualizados que contemplen la reeducación del movimiento activo y el entrenamiento en actividades funcionales, con el objetivo de disminuir la kinesiofobia, optimizar la movilidad y prevenir la instauración de limitadores funcionales crónicas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taype E, Gallegos M. Factores de riesgos ergonómicos asociados a lumbalgia en el personal de salud del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca ,2024. [Internet] [Trabajo Académico]. [juliaca - Perú]: Universidad Peruana Unión; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/ca1879a6-126f-4f9f-adeb-f110f66a64e6/content>
2. Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. Un nuevo estudio demuestra que el dolor lumbar es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. 22 de mayo de 2023. Disponible en: <https://www.healthdata.org/news-events/newsroom/news-releases/lancet-new-study-shows-low-back-pain-leading-cause-disability>.
3. Colaboradores del GBD 2021 en Dolor Lumbar. Carga mundial, regional y nacional de dolor lumbar, 1990-2020, sus factores de riesgo atribuibles y proyecciones hasta 2050: un análisis sistemático. Lancet Rheumatol. 2023;5(6):e316-29. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913\(23\)00098-X](https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913(23)00098-X).
4. Inga R. Factores asociados al desarrollo de dolor lumbar en nueve ocupaciones de riesgo en la serranía peruana [Internet]. [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S3020-11602021000100048](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602021000100048)
5. Solano K. Nivel de dolor y su relación con la kinesiofobia en personas de 61 a 70 años en las provincias de Carchi e Imbabura [tesis de licenciatura en Internet]. Ibarra (EC): Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Terapia Física Médica; 2020 [citado 2025 jun 11].



Disponible

en:

<https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10886/2/06%20TEF%20338%20TRABAJO%20GRADO.pdf>.

6. 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>
7. Gasparetti J, Paglietta B. Análisis integral de estrategias de manejo del dolor y kinesiofobia en individuos con lumbalgia crónica y su impacto en el ausentismo laboral [Internet] [bachelorThesis]. 2024 [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://rid.ugr.edu.ar/handle/20.500.14125/1336>
8. Lainez P, Marcén Y. Efectividad de las estrategias educativas sobre el dolor lumbar para disminuir el dolor y la kinesiofobia. Una revisión narrativa. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2023.
9. Yamada A, Simon D, Antunes F, Say K, Souza A. Factores psicosociales asociados a la discapacidad en pacientes con lumbalgia crónica inespecífica: un estudio transversal. Rehabilitación: Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. 2023;57(2):34-40.
10. Martinez J. Influencia de la kinesiofobia sobre el nivel de dolor lumbar crónico en cirujanos dentistas de la ciudad de Tacna, 2021. Repositorio Institucional - UPT [Internet]. 11 de noviembre de 2022 [citado 11 de junio de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/2889>
11. 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>



12. Bojanich M. Frecuencia de Kinesiofobia en pacientes con Lumbalgia Hospital Santa Rosa 2023. 2024 [citado 11 de junio de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/8869>
13. 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>
14. Díaz M. Nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia inespecífica del Centro de Medicina Física y Rehabilitación SEMARCA, Lima 2021 [tesis de licenciatura en Internet]. Lima (PE): Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021 [citado 2025 jun 11]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/861fc802-b58e-491b-bfea-314dcc6c663e/content>.
15. Alcalá A. Higiene postural y dolor de espalda en los docentes de la Institución Educativa Privada Bethel Christian School, Juliaca 2023 [tesis de licenciatura en Internet]. Huancayo (PE): Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica con Especialidad en Terapia Física y Rehabilitación; 2023 [citado 2025 jun 11].
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. Condori D, Lomas M. Nivel de kinesiofobia en pacientes postfractura en las clínicas de Juliaca, 2022. Universidad Continental [Internet]. 2023 [citado 11 de



junio de 2025]; Disponible en:

<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/13835>

18. 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](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13262/2/IV_FCS_507_TE_Iglesias_Mamani_2023.pdf)
19. Clayton S, Jarquín D, Víquez S. Lumbalgia: principal consulta en los servicios de salud. Revista Medica Sinergia. 1 de marzo de 2023;8(3):e987-e987.
20. Garro K. Lumbalgias. Medicina Legal de Costa Rica. septiembre de 2012;29(2):103-9.
21. Carpio R, Goicochea S, Chávez J, Santayana N, Collins J, Robles Recalde J, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Anales de la Facultad de Medicina. octubre de 2018;79(4):351-9.
22. Aguilera A, Herrera A. Lumbalgía: una dolencia muy popular y a la vez desconocida. Comunidad y Salud. diciembre de 2013;11(2):80-9.
23. Farceque S. Análisis de la relación entre los conocimientos y el miedo-evitación del fisioterapeuta [Internet]. [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.mpainjournal.com/Analisis-de-la-relacion-entre-los-conocimientos-y-el-miedo-evitacion-del-fisioterapeuta1160>
24. Cuyul I, Araya F. Influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor musculoesquelético: una revisión de la literatura. Revista de la Sociedad Española del Dolor. febrero de 2019;26(1):44-51.



25. Bordeleau M, Vincenot M, Lefevre S, Duport A, Seggio L, Breton T. Tratamientos para la kinesiofobia en personas con dolor crónico: una revisión exploratoria. *Front Behav Neurosci*. 20 de septiembre de 2022;16:933483.
26. Fernandez M. Relación entre el miedo al dolor, la ansiedad por el dolor y las creencias de miedo-evitación con el estrés percibido en pacientes quirúrgicos con kinesiofobia posoperatoria | *BMC Psychology* [Internet]. [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-025-02743-8>
27. Cuidateplus. Lumbalgia: qué es, síntomas, diagnóstico y tratamientos [Internet]. [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/musculos-huesos/lumbalgia.html>
28. Heartbeat. Índice de Discapacidad de Oswestry (ODI) - Heartbeat Medical [Internet]. [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://heartbeat-med.com/resources/oswestry-disability-index-odi/>
29. physiotutors. Índice de discapacidad de Oswestry [Internet]. [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.physiotutors.com/es/questionnaires/oswestry-disability-index-odi-olbpdq/>
30. Vicente M, Delgado S, Bandrés F. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. agosto de 2018;25(4):228-36.
31. ResearchGate. Capacidad de respuesta de la Escala Numérica de Evaluación del Dolor en Pacientes con Dolor Lumbar | Solicitar PDF. 2025 [citado 11 de junio de 2025]; Disponible en:



- [https://www.researchgate.net/publication/7812679\\_Responsiveness\\_of\\_the\\_Numeric\\_Pain\\_Rating\\_Scale\\_in\\_Patients\\_with\\_Low\\_Back\\_Pain](https://www.researchgate.net/publication/7812679_Responsiveness_of_the_Numeric_Pain_Rating_Scale_in_Patients_with_Low_Back_Pain)
32. Rengifo D. Clasificación del dolor [Internet]. [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/clasificacion-dolor>
33. Casado M, Moix J, Vidal J. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud*. diciembre de 2008;19(3):379-92.
34. Guic, Rebolledo P, Galilea E, Robles I. Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. *Revista médica de Chile*. diciembre de 2002;130(12):1411-8.
35. Larsson C, Ekvall E, Sundquist K, Jakobsson U. Kinesiophobia and its relation to pain characteristics and cognitive affective variables in older adults with chronic pain. *BMC Geriatr*. 7 de julio de 2016;16:128.
36. Pomares G. Kinesiofobia, actividades para reducir el miedo al movimiento [Internet]. *Rehametrics*. 2023 [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://rehametrics.com/kinesiofobia-actividades-tratamiento/>
37. Escala de Tampa para la Kinesiofobia - Fisioterapia para fisioterapeutas y pacientes - *lafisioterapia.net* [Internet]. [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://lafisioterapia.net/escala-de-tampa-para-la-kinesiofobia/>
38. Fisiowebinar. TEscala AMPA para Kinesiofobia (TSK) en Español [Internet]. [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://fisiowebinar.com/recurso/tampa-scale-kinesiofobia-tsk-11-espanol/>
39. 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>



40. Cuautitlan. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta | RUDICS [Internet]. 2025 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
41. 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](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2223-25162019000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
42. 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.

	EDAD	GENERO	OCUPACION	INDICE_DISCAPACIDAD	GRADO_DOLOR	TIPO_DE_DOLOR	TIEMPO_DE_DOLOR	TEST_KINESOFORIA
1	1	2	3	2	3	1	2	2
2	2	1	2	2	4	2	4	2
3	2	1	2	1	3	1	1	2
4	1	2	3	4	5	1	2	2
5	2	1	2	2	3	1	1	2
6	1	1	3	3	5	1	2	2
7	3	1	2	3	5	2	4	2
8	1	1	2	1	3	1	2	2
9	2	2	1	1	2	1	1	2
10	1	1	2	1	2	1	2	1
11	2	2	2	2	3	2	2	2
12	2	2	2	2	3	2	4	2
13	2	1	3	4	5	2	4	2
14	3	1	3	3	4	2	4	2
15	2	1	3	4	4	2	3	1
16	1	2	3	4	5	1	2	2
17	2	1	2	2	3	2	3	2
18	3	1	2	3	4	2	4	2
19	2	2	3	3	4	1	1	2
20	1	2	3	3	3	2	3	1
21	2	1	3	3	4	2	2	2
22	1	2	3	2	3	1	2	2
23	2	1	2	3	4	2	4	1
24	2	2	2	3	4	1	1	2
25	2	2	3	3	4	2	3	1
26	3	1	3	3	5	2	4	2



	EDAD	GENERO	OCUPACION	INDICE_DISCAPACIDAD	GRADO_DOLOR	TIPO_DE_DOLOR	TIEMPO_DE_DOLOR	TEST_KINESOFORIA
27	2	1	3	3	4	2	4	2
28	2	1	3	4	5	1	1	1
29	3	2	3	3	4	2	4	2
30	1	2	1	2	3	1	2	1
31	2	1	2	2	2	2	4	2
32	2	2	3	3	4	2	3	2
33	1	1	4	3	3	2	3	2
34	2	2	3	2	3	2	4	2
35	3	1	3	3	4	2	4	1
36	1	2	1	2	2	1	1	2
37	2	2	3	3	4	2	4	1
38	1	2	1	3	4	2	3	1
39	3	2	3	3	4	2	4	2
40	3	2	3	2	3	1	1	1
41	3	1	2	3	4	2	4	2
42	2	1	2	3	4	2	3	2
43	1	2	2	2	3	2	4	1
44	2	2	3	3	4	2	4	2
45	2	2	3	2	2	2	3	1
46	1	2	2	3	5	1	3	2
47	1	2	2	2	3	2	3	1
48	2	2	3	2	3	1	4	1
49	3	2	3	3	4	2	2	3
50	2	2	3	2	3	2	4	2
51	2	2	2	2	3	2	3	2
52	2	2	3	4	5	2	4	2



	EDAD	GENERO	OCUPACION	INDICE_DISCAPACIDAD	GRADO_DOLOR	TIPO_DE_DOLOR	TIEMPO_DE_DOLOR	TEST_KINESOFOBIA
53	2	1	2	2	3	2	3	2
54	2	1	3	3	4	2	4	2
55	2	1	2	4	5	1	1	1
56	2	1	3	4	5	2	4	3
57	2	2	3	2	3	2	4	2
58	2	2	3	2	3	2	4	1
59	2	2	3	2	3	2	3	2
60	2	2	3	3	4	1	2	1
61	2	2	3	4	5	1	2	2
62	2	1	3	2	3	2	2	2
63	1	1	2	2	3	1	1	2
64	1	1	1	1	3	1	1	2
65	2	1	2	2	4	2	3	2





<p>Clínica Monte Sinaí de Juliaca?</p> <p>PE 2. ¿Qué relación existe entre las características clínicas funcionales de la lumbalgia y la kinesiofobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca?</p> <p>PE 3. ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia según el test de Tampa en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca?</p>	<p>OE 2.- Señalar la relación entre las características clínicas funcionales de la lumbalgia y la kinesiofobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca.</p>	<p>HE 2. Existe una relación significativa entre las características clínicas funcionales de la lumbalgia (índice de discapacidad, grado de intensidad del dolor, tipo de dolor y el tiempo de dolor) y la kinesiofobia en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca.</p>	<p>Variable 2. Kinesiofobia</p>	<p>1.2. Limitación funcional</p>	<p>1.2.2. Grado de intensidad del dolor</p>	<p>b) Leve c) Moderado d) Fuerte e) Muy fuerte</p>	<p><b>Variable 2:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p><b>Variable 1:</b> Cuestionario</p> <p><b>Variable 2:</b> Cuestionario</p>
	<p>OE 3.- Evaluar el nivel de kinesiofobia según el Test de Tampa en los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca.</p>	<p>HE 4. La mayoría de los pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca presentan un nivel moderado a alto de kinesiofobia, según los resultados del Test de Tampa.</p>		<p>1.2.3. Tipo de dolor</p>	<p>1.2.4. Tiempo de dolor en el último año</p>	<p>a) Agudo b) Cronico</p>	
				<p>Test de Tampa de Kinesiofobia</p>	<p>a) Dias b) Semanas c) Meses d) Años</p>	<p>a) Bajo nivel de kinesiofobia</p> <p>b) Moderado nivel de kinesiofobia</p> <p>c) Alto nivel de kinesiofobia</p>	



## ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, en calidad de participante, declaro que he sido informado(a) sobre el estudio titulado "Dolor lumbar relacionado a kinesiofobia en pacientes atendidos en la Clínica Monte Sinaí de Juliaca – 2025", cuyo objetivo es evaluar la relación entre el dolor lumbar y el miedo al movimiento. Se me ha explicado que mi participación es voluntaria, confidencial y sin riesgos. Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto afecte mi atención médica. Acepto participar libremente y autorizo el uso de mis datos solo con fines académicos y científicos.

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2025

**Agradezco su colaboración**



**ANEXO 4: INSTRUMENTO:**

**CUESTIONARIO**

**DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA**

**INSTRUCCIONES:** Marque con una "X" la opción que mejor refleje su situación actual respecto al dolor lumbar.

**1. Edad**

**¿A qué grupo de edad pertenece usted?**

- a) De 18 a 29 años
- b) De 30 a 59 años
- c) 60 años o más

**2. Género**

**¿Cuál es su género?**

- a) Femenino
- b) Masculino

**3. Ocupación**

**¿Cómo describiría su ocupación o actividad principal?**

- a) Trabajo sedentario (oficina, escritorio, sin esfuerzo físico)
- b) Trabajo activo (requiere caminar o estar de pie la mayor parte del tiempo)
- c) Trabajo físico (requiere esfuerzo, carga de peso, tareas manuales intensas)
- d) Desempleado / ama de casa / estudiante / jubilado

**4. Índice de discapacidad por dolor lumbar (según escala de Oswestry)**

**Marque con una x las todas las opciones que se aproximan a su caso.**

**4.1. Intensidad de dolor**

- Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
- Los calmantes me alivian completamente el dolor
- Los calmantes me alivian un poco el dolor



- Los calmantes apenas me alivian el dolor
- Los calmantes no me quitan el dolor y no los tomo

#### 4.2. Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

- Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
- Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor
- Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
- Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- No puedo vestirme, me cuesta lavarme, y suelo quedarme en la cama

#### 4.3. Levantar peso

- Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. En una mesa)
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- No puedo levantar ni elevar ningún objeto

#### 4.4. Andar

- El dolor no me impide andar
- El dolor me impide andar más de un kilómetro
- El dolor me impide andar más de 500 metros
- El dolor me impide andar más de 250 metros
- Sólo puedo andar con bastón o muletas
- Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

#### 4.5. Estar sentado

- Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- El dolor me impide estar sentado más de una hora
- El dolor me impide estar sentado más de media hora
- El dolor me impide estar sentado más de diez minutos
- El dolor me impide estar sentado



#### 4.6. Estar de pie

- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide estar de pie más de una hora
- El dolor me impide estar de pie más de media hora
- El dolor me impide estar de pie más de diez minutos
- El dolor me impide estar de pie

#### 4.7. Dormir

- El dolor no me impide dormir bien
- Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de seis horas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de cuatro horas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de dos horas
- El dolor me impide totalmente dormir

#### 4.8. Actividad sexual

- Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor
- Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor
- Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

#### 4.9. Vida social

- Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
- Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor
- El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas, como bailar, etc.
- El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
- El dolor ha limitado mi vida social al hogar
- No tengo vida social a causa del dolor

#### 4.10. Viajar

- Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
- Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
- El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de dos horas
- El dolor me limita a viajes de menos de una hora



- El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
- El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al Hospital

#### Puntuación e interpretación

- suma total de preguntas contestadas entre los ítem contestados por 5 puntos, todo x 100

#### Interpretación d puntaje total

- a) Mínima discapacidad (0–20%)
- b) Moderada discapacidad (21–40%)
- c) Intensa discapacidad (41–60%)
- d) Incapacidad severa (más del 60%)

#### 5. Grado de intensidad del dolor

##### ¿Cómo calificaría la intensidad del dolor lumbar que ha experimentado últimamente?

- a) Muy leve (1-2)
- b) Leve (3-4)
- c) Moderado<sup>6</sup>
- d) Fuerte (7-8)
- e) Muy fuerte(9-10)

#### 6. Tipo de dolor

##### ¿Cómo describiría la naturaleza de su dolor lumbar?

- a) Agudo (menos de 3 meses de duración)
- b) Crónico (más de 3 meses de duración)

#### 7. Tiempo de dolor en el último año

##### ¿Por cuánto tiempo ha experimentado dolor lumbar durante el último año?

- a) Días
- b) Semanas
- c) Meses
- d) Años

### 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 kinesiophobia
- 23 – 33 → Moderado nivel de kinesiophobia
- 34 – 44 → Alto nivel de kinesiophobia

## ANEXO 5: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

### ANEXO 4 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

#### 1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: MYRIAM DAISY CASIO QUIROE

Profesión: TECNOLOGO MÉDICO - TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Otros estudios: 1. MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
2. ESPECIALISTA EN TERAPIA MANUAL ORTOPÉDICA

#### Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez.

#### 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)					✓
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					✓
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					✓
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				✓	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					✓
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					✓
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					✓
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					✓
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					✓
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					✓
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				✓	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					✓
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					✓

14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				✓	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					✓
<b>Puntaje parcial</b>					12	60
<b>Puntaje total: 72</b>						

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = ....96..%

### 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)

..... EL INSTRUMENTO ES APLICABLE PARA LO .....  
 ..... INVESTIGACIÓN .....

### 5. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, .... MYRIAM RAISY COSTO QUISPE .....  
 identificado con DNI N° .... 43692984 ..... Certifico que realice el  
 juicio del experto al instrumento diseñado por la estudiante:

1 ..... REYNA QUISPE PONCO .....

Juliaca ...24... de ... Julio ..... del 2025.



## ANEXO 4 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

### 1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: Roxana Olarte Flores

Profesión: Tecnólogo Médico en Terapias Físicas y Rehabilitación

Otros estudios: Especialista en Fisioterapia en Neurorehabilitación

#### Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez.

### 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)					✓
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					✓
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				✓	
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					✓
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					✓
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				✓	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					✓
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				✓	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				✓	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				✓	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				✓	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					✓
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					✓

14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)								✓
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)								✓
<b>Puntaje parcial</b>								24	45
<b>Puntaje total:</b> 69									

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = ....92....

### 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)

..... El instrumento es apto para recabar información .....

### 5. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, .... Roxana Clarke Flores .....

identificado con DNI N° ..... 10205632 ..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por la estudiante:

1 ... Reyna Quispe Pancca .....

Juliaca ...25... de ..... Junio ..... del 2025.

  
Uc. T.M. Roxana Clarke Flores  
C.I. 10205632  
COORDINADORA INTERNADO  
ESP. ALQ. ALIADA  
2025-06-25

## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

### 1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: Michael Raphael Bustincio Supo.

Profesión: TECNOLOGO MEDICO - TERAPIA FISICA Y REHABILITACION,

Otros estudios: 1º ESPECIALISTA EN FISIOTERAPIA Y NEUROREHABILITACION

2º MAESTRO EN INVESTIGACION Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

#### Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez.

### 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)				✓	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					✓
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					✓
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					✓
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					✓
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				✓	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				✓	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				✓	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					✓
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					✓
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				✓	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					✓

13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					✓
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					✓
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					✓
<b>Puntaje parcial</b>					28	40
<b>Puntaje total:</b>		68				

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = 90.6

### 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)

El cuestionario de 7 preguntas es aplicable en la población ya mencionada.

### 5. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Michael Raphael Bustnaco Supo  
identificado con DNI N° 46674807 Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por la estudiante:

1. Rayna Quispe Durca

Juliaca 15 de Julio del 2025.

Lc. Bustnaco Supo Michael Raphael  
Especialista en  
Fisiología en Neurorehabilitación  
CTMP 12142 R.N.E. 00701



## ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN



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

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

Juliaca, 01 de Julio del 2025

**ASUNTO: Autorización para realizar estudios de investigación**

Por el presente documento, Yo **Teodora Vilca Pareja** en mi calidad de Gerente de la Clínica Monte Sinaí de Juliaca, autorizo a la sta. **Reyna Quispe Pancca** con DNI Nº 74033778 para la ejecución del Proyecto de investigación, titulado "DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAÍ DE JULIACA 2025".

**CLÍNICA MONTE SINAÍ DE JULIACA 2025** Ubicada en: Jr. Loreto #343 por lo tanto, se autoriza la recolección de datos para el Proyecto de Investigación a partir de la fecha.

Las labores de investigación serán solo con fines académicos.

Atentamente,

  
Teodora Vilca Pareja  
GERENTE  
CLÍNICA MONTE SINAÍ-JULIACA

## ANEXO 7: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FOTO 1. Se evidencia el llenado del cuestionario en en la Clinica Monte Sinaí de la ciudad de Juliaca



FOTO 2. Se les indico a los pacientes el correcto llenado del cuestionario.

FOTO 3. Finalización del llenado del cuestionario.





ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN



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

Formato digital

Fecha de entrega: 12/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: REYNA QUISPE PANCCA  
 Dirección: Psj. San Miguel, Mz. E Ll. 7  
 DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 74033778  
 Teléfono: 984447719 email: reyna.quispe.rqp@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: LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA CON ESPECIALIDAD:  
 TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN  
 Asesor: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:  
 Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

**DOLOR LUMBAR RELACIONADO A KINESIOFOBIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MONTE SINAI DE JULIACA 2025**  
 Palabras claves, (3 a 5 términos): Dolor lumbar, indice de discapacidad, Kinesiofobia.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1,2</sup>?

1

<sup>1</sup> 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, entré otros relacionados.  
<sup>2</sup> 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 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

Nacional

Línea de investigación: **SALUD PÚBLICA - P 11**

Firma de Autor



huella digital

12 de diciembre del 2025

Fecha