



**FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

FRECUENCIA DE KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA HOSPITAL

SANTA ROSA 2023

**Línea de investigación:**

**Salud Pública**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado Tecnólogo Médico en Terapia  
Física y Rehabilitación

**Autora:**

Bojanich Pagador, Margarita Isabel

**Asesora:**

Leiva Loayza, Elizabeth Inés

ORCID: 0000-0002-5965-8638

**Jurado:**

Lovato Sánchez, Nita Giannina

Mesta de Paz Soldán, Fabiola

Vera Arriola, Juan Américo

**Lima - Perú**

**2024**



# "FRECUENCIA DE KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA HOSPITAL SANTA ROSA 2023"

## INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

3%

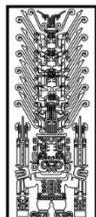
PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	3%
2	<a href="https://repositorio.uwiener.edu.pe">repositorio.uwiener.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="https://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Abierta para Adultos Trabajo del estudiante	1%
5	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://www.econ.uba.ar">www.econ.uba.ar</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="https://pesquisa.bvsalud.org">pesquisa.bvsalud.org</a> Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	<1%



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

## **FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

FRECUENCIA DE KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA HOSPITAL

SANTA ROSA 2023

### **Línea de Investigación:**

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado Tecnólogo Médico en Terapia Física y

Rehabilitación

### **Autora**

Bojanich Pagador, Margarita Isabel

### **Asesora**

Leiva Loayza, Elizabeth Inés

**ORCID: 0000-0002-5965-8638**

### **Jurado:**

Lovato Sánchez, Nita Giannina

Mesta de Paz Soldán, Fabiola

Vera Arriola, Juan Américo

Lima - Perú

2024

## **DEDICATORIA**

La presente Tesis se la dedico a mis queridos padres por siempre estar presentes en cada logro de mi vida y ser mi apoyo incondicional en las buenas y en las malas, quienes con sacrificio y sabiduría han sido mi mayor inspiración. A mis amadas hijas, quienes son la luz de mi vida y la razón por la que busco siempre superarme. A mi compañero incansable en este viaje académico. Tu apoyo incondicional, paciencia y amor han sido mi faro en las horas de estudio. Gracias por ser mi sostén y motivación constante.

### **AGRADECIMIENTO**

A mis queridos hermanos, cuyo apoyo inquebrantable y aliento constante han sido mi fortaleza en este viaje académico. A mis respetados profesores, por su guía, conocimiento compartido y dedicación a mi crecimiento intelectual. A todos ustedes, mi más sentido agradecimiento por ser pilares fundamentales en mi camino al éxito.

## ÍNDICE

<b>Resumen (palabras clave) .....</b>	<b>7</b>
<b>Abstract (key words) .....</b>	<b>8</b>
<b>I. Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Descripción y formulación del problema .....</b>	<b>9</b>
1.1.1 Formulación del Problema.....	10
1.1.1.1 Problema general.....	10
1.1.1.2 Problemas específicos.....	10
<b>1.2 Antecedentes.....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Antecedentes internacionales.....	11
1.2.2 Antecedentes nacionales.....	13
<b>1.3 Objetivos .....</b>	<b>16</b>
1.3.1 Objetivo General .....	16
1.3.2 Objetivo Específicos .....	16
<b>1.4 Justificación.....</b>	<b>16</b>
<b>1.5 Hipótesis.....</b>	<b>17</b>
<b>II. Marco teórico .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Bases Teóricas sobre el tema de investigación.....</b>	<b>18</b>
2.1.1 Lumbalgia .....	18
2.1.2 Kinesiofobia .....	24
2.1.3 Kinesiofobia y dolor lumbar .....	25
2.1.4 <b>Tratamiento Fisioterapéutico de dolor lumbar para reducir la Kinesiofobia.</b>	<b>24</b>
<b>III. Método.....</b>	<b>27</b>

<b>3.1</b>	<b>Tipo de Investigación.....</b>	<b>27</b>
<b>3.2</b>	<b>Ámbito temporal y espacial .....</b>	<b>27</b>
<b>3.3</b>	<b>Variables.....</b>	<b>27</b>
3.3.1	Variable principal .....	27
3.3.2	Variables secundarias .....	27
<b>3.4</b>	<b>Población y muestra .....</b>	<b>28</b>
<b>3.5</b>	<b>Instrumentos.....</b>	<b>28</b>
<b>3.6</b>	<b>Procedimientos.....</b>	<b>29</b>
<b>3.7</b>	<b>Análisis de datos.....</b>	<b>30</b>
<b>3.8</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>30</b>
<b>IV.</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>31</b>
<b>V.</b>	<b>Discusión .....</b>	<b>35</b>
<b>VI.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>38</b>
<b>VII.</b>	<b>Recomendaciones.....</b>	<b>39</b>
<b>VIII.</b>	<b>Referencias.....</b>	<b>40</b>
<b>IX.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>45</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> <i>Distribución de la muestra según la frecuencia de kinesiophobia</i> .....	31
<b>Tabla 2.</b> <i>Distribución de la muestra de la frecuencia de Kinesiophobia según el sexo</i> .....	32
<b>Tabla 3.</b> <i>Distribución de la muestra según la frecuencia de kinesiophobia según la edad</i> .....	33
<b>Tabla 4.</b> <i>Distribución de la muestra según la frecuencia de kinesiophobia según el peso</i> .....	34

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de Kinesiofobia en pacientes con lumbalgia atendidos en el servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa en los meses de julio y agosto del 2023.

**Método:** La presente investigación sigue un enfoque observacional, transversal y descriptivo.

Se empleó un cuestionario para la recopilación de datos, y el instrumento de Tampa (TSK-11) para evaluar la presencia de Kinesiofobia. La muestra se constituye por 65 pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa.

**Resultados:** Del total de pacientes con lumbalgia se determinó que el 60% (39) presentan Kinesiofobia con nivel alto y el 59% son del sexo femenino. Con respecto a la edad, el 31% tienen entre 44 y 55 años, de los cuales el 70% presentan alta kinesiofobia y se determinó que, de los pacientes con lumbalgia, el 57% tienen peso corporal de entre 61 a 80kg y el 59% de ellos presenta alta kinesiofobia.

**Conclusiones:** La prevalencia de Kinesiofobia en pacientes con lumbalgia es alta, el sexo femenino presentó mayor prevalencia y nivel de kinesiofobia, las personas con mayor prevalencia de Kinesiofobia tiene en promedio 49 años y pesan 69kg.

*Palabras clave:* kinesiofobia, cuestionario de Tampa, lumbalgia

## ABSTRACT

**Objective:** D: To determine the frequency of Kinesiophobia in patients with low back pain seen in the Physical Medicine service of the Santa Rosa Hospital in July and August 2023.

**Method:** The present investigation follows an observational, cross-sectional and descriptive approach. A questionnaire was used for data collection, and the Tampa instrument (TSK-11) was used to evaluate the presence of Kinesiophobia. The sample consisted of 65 patients attended at the Physical Medicine Department of the Santa Rosa Hospital. **Results:** Of the total number of patients with low back pain, it was determined that 60% (39) presented high level Kinesiophobia and 59% were female. With respect to age, 31% are between 44 and 55 years old, of which 70% present high kinesiophobia and it was determined that, of the patients with low back pain, 57% have body weight between 61 to 80kg and 59% of them present high kinesiophobia. **Conclusions:** The prevalence of Kinesiophobia in patients with low back pain is high, the female sex presented higher prevalence and level of kinesiophobia, the people with the highest prevalence of Kinesiophobia are on average 49 years old and weigh 69kg.

*Key words:* kinesiophobia, Tampa questionnaire, low back pain

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Descripción y formulación del problema

Las patologías musculoesqueléticas es el desafío de salud más destacados a nivel global, con la artrosis en primer lugar y la lumbalgia en segundo lugar. (Lawrence, 1989) La lumbalgia impacta al 75% de la población en algún momento de su vida, siendo un problema muy común. Se presenta en formas de dolor agudo o crónico, y su intensidad y percepción pueden estar influenciadas por factores emocionales, comportamentales y sociales. Es importante tener en cuenta estos aspectos al tratar y prevenir la lumbalgia. (Penzo, 1989)

Su alta incidencia y baja efectividad en el tratamiento convierten a estas patologías en graves problemas de salud que tienen una elevada frecuencia y graves repercusiones sociales, laborales y económicas. Además, afectan notablemente la calidad de vida de aquellos que las experimentan. (Watson, 1998) La percepción del dolor es altamente individual, y puede ser influenciada por factores como el género, la edad, las experiencias previas, etc. Evitar movimientos dolorosos después de una lesión aguda puede ayudar a prevenir su empeoramiento y acelerar la recuperación. Sin embargo, prolongar esta actitud hacia el movimiento más allá de lo necesario puede perjudicar la recuperación funcional, mantener el dolor y aumentar las discapacidades. (Soler, 2022)

Esto nos lleva a hablar de la kinesiofobia, un temor desproporcionado y excesivo al movimiento, a una lesión dolorosa o el miedo a volver a lesionarse. Esto puede tener como resultado un aumento en la percepción del dolor, una mayor probabilidad de incapacitación y una disminución en el bienestar. (Cai, 2017)

En el Perú, siete de cada diez personas experimentan algún tipo de dolor musculoesquelético. La lumbalgia es una patología recurrente y una de las razones fundamentales de dolor crónico, con una etiología compuesta por diversas razones. La mayor parte de los pacientes no buscan atención médica hasta que el dolor y la limitación afectan su

funcionalidad y su capacidad para realizar actividades cotidianas. (Ayre, 2018)

Según algunos modelos de dolor, tener miedo al dolor puede ser tan o incluso más limitante que el propio dolor. El miedo excesivo al movimiento, conocido como kinesiofobia, es un elemento crucial que obstaculiza el proceso de recuperación en pacientes con dolor lumbar, intensificando las sensaciones dolorosas y predisponiendo al paciente a un ciclo perpetuo de dolor. (Cuyul, 2019)

Es esencial realizar una investigación sobre la frecuencia de kinesiofobia en individuos que padecen de lumbalgia, con la finalidad de mejorar la estrategia integral de tratamiento y tener en cuenta los aspectos psicosociales en la interpretación del dolor. Al hacerlo, será posible mejorar la efectividad de los programas de fisioterapia y contribuir el bienestar de estos en Perú.

### ***1.1.1. Formulación del Problema***

**1.1.1.1 Problema general.** ¿Cuál es la frecuencia de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia asistentes al Servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa en los meses de julio y agosto en el año 2023?

**1.1.1.2. Problemas específicos.** ¿Con qué frecuencia se presenta la kinesiofobia según el sexo, en pacientes con lumbalgia asistentes al Servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa en los meses de julio y agosto del 2023?

¿Cuál es la frecuencia de kinesiofobia según la edad, en pacientes con lumbalgia asistentes al Servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa en los meses de julio y agosto del 2023?

¿Con qué frecuencia se manifiesta la kinesiofobia según el peso, en pacientes con lumbalgia asistentes al Servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa en los meses de julio y agosto del 2023?

## 1.2 Antecedentes

### 1.2.1. *Antecedentes Internacionales:*

Trocoli et al. (2016). Desarrolló un estudio nombrado “Prevalência de ansiedade, depressão e cinofobia em pacientes com lombalgia e sua associaã com os sintomas da lombalgia” de tipo transversal. En el estudio participaron 65 personas con lumbalgia en Brasil, con rangos etarios entre los 18 y 80 años. El objetivo principal era investigar la incidencia de kinesiofobia, depresión y ansiedad, así como su vinculación con las manifestaciones de lumbalgia. Además, se evaluaron características demográficas como el nivel educativo, el sexo y la edad. Los participantes completaron tres cuestionarios: el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Depresión de Beck y la TSK. Los resultados mostraron que la muestra estaba formada por 18 pacientes varones y 47 féminas, con un promedio de 55 años. El 76.9% experimentó dolor intenso. En cuanto al nivel educativo, el 18.4% tenía solo educación primaria, el 40% educación secundaria y el 41.6% había alcanzado un nivel educativo superior. Respecto a la kinesiofobia, la puntuación promedio fue de 43.3 puntos, con el 16.9% de los casos siendo leve, el 56.9% moderado y el 26.2% grave. En resumen, no se encontró una correlación entre las manifestaciones de depresión y ansiedad. Sin embargo, se contempló que los pacientes clasificados en el grupo Orgánico, caracterizado por una alta relación entre los hallazgos de imagen y los síntomas, además de sugerir un componente radicular sin amplificaciones y respetando las vías sensitiva y motora, mostraron una mayor propensión a experimentar kinesiofobia. (Trocoli, 2016)

John et al. (2022). Realizaron un estudio titulado “Kinesiophobia and associated factors among people with chronic non-specific low back pain.” de tipo transversal. La muestra abarcó a 224 individuos con dolor lumbar crónico no específico en Nigeria. La finalidad de este fue examinar el vínculo entre la kinesofobia y variables como la edad, índice de masa corporal, nivel educativo más alto, autoeficacia, intensidad del dolor y discapacidad; también se

analizaron los factores predictivos de la kinesiophobia. Se emplearon instrumentos como la TSK, el índice de discapacidad de Oswestry, el cuestionario de autoeficacia del dolor y la escala numérica para evaluar la intensidad del dolor. La gran mayoría de los participantes informó tener un elevado nivel de kinesiophobia (92%), un bajo nivel de autoeficacia (68.8%), una intensidad moderada de dolor (58.0%) y una discapacidad moderada (57.1%). Se identificó una relación débil pero estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor y la kinesiophobia ( $r = 0.138$ ,  $p = 0.040$ ). El género, la confianza en la capacidad, la discapacidad y la intensidad del dolor fueron factores predictivos significativos del grado de la kinesiophobia ( $p < 0.05$ ). En resumen, se puede afirmar que individuos con dolor lumbar crónico no específico exhiben niveles elevados de kinesiophobia. Estos niveles intensos de temor al movimiento pueden resultar en conductas de evitación, falta de participación en actividad física y consecuente deterioro en la salud. Si no se aborda adecuadamente, esta situación puede resultar en malos resultados en la rehabilitación, perpetuando así un ciclo perjudicial para el paciente. (John, 2022)

Van Bogaert et al. (2021). Realizaron un estudio titulado “ Influence of baseline kinesiophobia levels and treatment outcomes in people with chronic spinal pain.” de tipo longitudinal con análisis secundario de los datos del ensayo controlado aleatorizado (ECA) multicéntrico, en donde se investiga la influencia de los niveles iniciales de kinesiophobia en los resultados del tratamiento que incorpora educación en neurociencia del dolor junto con ejercicio en personas que experimentan dolor crónico no específico en la espina dorsal. Las medidas de resultado incluyeron una escala de calificación numérica para el dolor (NRS), el Índice de discapacidad del dolor (PDI), calidad de vida (Encuesta de salud de 36 elementos del Estudio de resultados médicos [SF-36]), Escala de catastrofización del dolor (PCS), vigilancia del dolor, cuestionario de Concienciación (PVAQ) y puntajes de referencia en la TSK-11. El ensayo tuvo lugar en el Hospital Universitario de Gante y el Hospital Universitario de Bruselas

e incluyó a 120 pacientes diagnosticados con dolor espinal crónico. Los resultados demostraron que las puntuaciones más altas en la kinesiofobia previa al tratamiento son un factor clave para el catastrofismo del dolor y la hipervigilancia. También se demostró que la kinesiofobia previa al tratamiento influye en la salud física de los pacientes. Finalmente se menciona que los ejercicios acompañados de enfoque educativo basado en la neurociencia del dolor disminuyen con éxito la influencia desfavorable de la kinesiofobia sobre la salud mental, discapacidad, hipervigilancia y catastrofización del dolor. (Van Bogaert, 2021)

### ***1.2.2 Antecedentes Nacionales:***

Tipula (2021). Llevó a cabo una investigación prospectiva de tipo no experimental titulada "Kinesiofobia e Incapacidad Funcional en pacientes con lumbalgia del Centro de Rehabilitación Física Neurológica - CERFINEURO, 2021". La muestra consistió en 80 pacientes de los dos géneros, con rango etario entre 20 y 60 años, provenientes del Centro CERFINEURO. La finalidad de este estudio fue investigar la asociación entre la incapacidad funcional y la kinesiofobia en individuos que padecen de lumbalgia. Se utilizaron la TSK traducido y el cuestionario de Oswestry. Los participantes, incluyendo varones y féminas con rangos etarios entre 20 y 60 años, informaron que el 11% de las personas exhibían niveles bajos de kinesiofobia, mientras que el 89% presentaban niveles elevados de kinesiofobia. Se estableció una asociación representativa entre la incapacidad funcional y la kinesiofobia ( $p=0.004<0.01$ ), con una correlación de Spearman de 0.320, indicando una conexión directa. Asimismo, se demostró una asociación relevante entre la limitación de la actividad debido al miedo al movimiento y la limitación en la capacidad para realizar funciones normales ( $p=0.002<0.01$ ), con una correlación de Spearman de 0.340. También se constató una correlación relevante entre la incapacidad funcional y el enfoque somático de la kinesiofobia ( $p=0.002<0.01$ ), con una correlación de Spearman de 0.340. En síntesis, se observó un elevado porcentaje de kinesiofobia en individuos con incapacidad funcional, y se identificó una

considerable limitación funcional en aquellos pacientes con dicha incapacidad. La investigación también puso de manifiesto una asociación entre la incapacidad funcional y la kinesiofobia en pacientes con lumbalgia, así como relaciones específicas entre la elución de la actividad y el enfoque somático del miedo al movimiento con la limitación en la capacidad funcional en este conjunto de individuos. (Tipula Tipula, 2021)

Herreras (2019). Ejecutó una investigación cuantitativa, analítica y de corte transversal titulado "Asociación de características sociodemográficas y nivel de Kinesiofobia en el Adulto Mayor con Lumbalgia Crónica Inespecífica en un Hospital de Cañete 2019". La investigación se enfocó en un grupo de 210 personas con lumbalgia crónica no específico, evaluados mediante el TSK-11. Los hallazgos evidenciaron una distribución significativa según el género, con un 64.8% de mujeres y un 35.2% de hombres. En cuanto a la edad, el 47.6% de los participantes se ubicaban en el grupo de 65 a 70 años, el 27.6% en la categoría de 71 a 75 años, y el 24.8% en el rango de 76 a 80 años. En cuanto a la ocupación, el 65.2% tenía un perfil sedentario, mientras que el 34.8% participaba en alguna actividad física. Respecto al nivel de kinesiofobia, se observó que el 73.3% de los participantes presentaban un nivel elevado, mientras que el 26.7% mostraba un nivel bajo. Al analizar la asociación entre el grado de kinesiofobia y el género mediante la prueba de chi cuadrado, el p-valor fue  $> 0.05$ , indicando que no hay una asociación estadística significativa entre el grado de kinesiofobia y el género. No obstante, al examinar la relación entre la edad y el nivel de kinesiofobia, el p-valor de la prueba fue 0.05, sugiriendo la presencia de una conexión significativa entre estas dos variables. En contraste, no se identificó una asociación estadística resaltante entre ambas variables. Para finalizar, los hallazgos resaltan una conexión estadísticamente significativa entre el nivel de kinesiofobia y la edad en adultos mayores con lumbalgia crónica no específico. Pero, no se identificó una asociación estadísticamente relevante entre las variables de género y el nivel de kinesiofobia y ocupación. (Herreras, 2019)

Gonzales, Betsabe & Terrazas, Percy (2017). Realizaron una investigación observacional, transversal y analítico titulado "Asociación entre kinesofobia y discapacidad en pacientes con lumbalgia inespecífica del Área Algas de un Hospital de Lima, 2017". La población de estudio incluyó a 249 individuos con lumbalgia inespecífica. Se empleó TSK-11, el cuestionario de Oswestry modificado en España para medir la discapacidad y la escala numérica para evaluar el dolor en individuos con dolor crónico o agudo. Los hallazgos de la investigación muestran una asociación entre la kinesofobia y la discapacidad. La kinesofobia se ha relacionado con el nivel de dolor, pero no con el tipo de molestia. Sin embargo, tanto la intensidad como el tipo de dolor están relacionados con la discapacidad. (Gonzales, 2017)

Flores (2022). La investigación "Percepción de dolor lumbar y kinesiofobia en usuarios del Centro Médico FisioAdvance, Arequipa 2022" tuvo un corte transversal, observacional, prospectivo, cuantitativo y positivista. Esta investigación estuvo conformada por 25 pacientes, hombres y mujeres, de la institución médica FisioAdvance. El dolor se estimó mediante la Escala Visual Analógica (EVA). Por otro lado, la kinesiofobia se midió mediante la TSK-11SV. Se descubrió que el 44% de los consumidores del centro médico FisioAdvance padecían lumbalgia significativa, y que las mujeres representaban el 52,0% del total. Además, se realizó un estudio para establecer la asociación entre la sensación de molestia lumbar y la kinesiofobia. Los resultados no revelaron ninguna relación relevante entre la impresión de lumbalgia y la existencia de kinesiofobia en esta cohorte concreta. Estos datos implican que, en este grupo de pacientes, la gravedad del dolor lumbar no está directamente relacionada con la prevalencia de la kinesiofobia. (Flores R. , 2022)

### **1.3 Objetivos**

#### ***1.3.1 Objetivo General***

Determinar la frecuencia de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia atendidos en el servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa en los meses de julio y agosto del 2023

#### ***1.3.2 Objetivos Específicos***

Establecer la frecuencia de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia dependiendo el sexo en los meses de julio y agosto del 2023

Precisar la frecuencia de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia dependiendo de la edad en los meses de julio y agosto del 2023

Identificar la frecuencia de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia dependiendo del peso en los meses de julio y agosto del 2023

### **1.4 Justificación**

El siguiente estudio pretendía determinar la frecuencia de la kinesiofobia en individuos con lumbalgia persistente. Se trata de un tema importante, ya que detectar la kinesiofobia y sus repercusiones nocivas es fundamental para tratar adecuadamente la afección en colaboración con un equipo médico diverso. Además, se suma a los aspectos sociales y económicos, ya que la lumbalgia se presenta con elevada frecuencia en Perú y constituye una de las razones más resaltantes de discapacidad entre los individuos en edad laboral. Identificar que la kinesiofobia es una de las causas de la cronicidad de la patología permitirá proponer tratamientos más económicos y con menor tiempo de recuperación. Este estudio se dirigió a pacientes adultos que han sido diagnosticados con lumbalgia para predecir su pronóstico a través de evaluaciones previas al tratamiento, con el objetivo de mejorar su eficacia y eficiencia y prevenir su cronicidad. Por otro lado, la gran cantidad de pacientes que son diagnosticados con lumbalgia en el Servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa de Pueblo Libre asegura una muestra representativa para llevar a cabo la investigación. En conclusión, la investigación es viable

debido a su relevancia actual, las repercusiones en la sociedad y la economía, y su accesibilidad a una muestra representativa de pacientes.

### **1.5 Hipótesis**

Un estudio descriptivo tiene como objetivo describir los aspectos relevantes de una población o fenómeno sin hacer inferencias ni generalizaciones. Por lo tanto, no es necesario formular hipótesis, ya que su enfoque se centra en describir los datos tal como son, sin intentar probar o refutar ninguna teoría o afirmación.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Bases Teóricas sobre el tema de investigación

#### 2.1.1. *Lumbalgia*

**2.1.1.1. Concepto.** Se describe como una sensación dolorosa o incomodidad que se localiza en la región lumbar, abarcando desde la parte inferior de la última costilla hasta el límite inferior de la nalga. Este malestar puede extenderse hacia una o ambas extremidades inferiores, aunque no parece tener un origen radicular. Es esencial destacar que la lumbalgia es una condición común que demanda un enfoque integral e interdisciplinario. (EsSalud, 2016)

**2.1.1.2. Etiología.** El dolor lumbar puede tener diversas causas, incluyendo lesiones en ligamentos, músculos, discos vertebrales y vértebras por traumatismos, posturas inadecuadas, esfuerzos físicos excesivos, sobrecarga mecánica, sobrepeso, entre otras. A pesar de ello, aproximadamente el 85% de los casos de dolor lumbar no puede ser atribuido a una causa específica. (Moix, 2006)

La lumbalgia inespecífica es una afección común que perjudica a gran número de individuos a nivel mundial. Puede tener consecuencias devastadoras, generando una significativa conmoción en el bienestar de aquellos que lo experimentan. Además, su gravedad varía con la postura y la actividad física, y puede desasociar a dolor irradiado. Es crucial destacar que una evaluación temprana y un tratamiento efectivo son fundamentales para prevenir la cronicidad y mejorar la función física y el bienestar de las personas afectadas por la patología. (Bravo, 2001)

**2.1.1.3. Epidemiología.** La lumbalgia es una afección frecuente que impacta a una considerable proporción de individuos en todo el globo. Su incidencia oscila entre el 70% y 90% durante toda la vida, siendo las lumbalgias agudas las más comunes, representando entre

un 80% y 90% de los casos. Sin embargo, un 10% a 20% de los pacientes presentan dolor lumbar crónico. Esta situación es de particular relevancia en los países en desarrollo, donde puede tener repercusiones económicas y sociales significativas, como el ausentismo laboral en individuos con menos de 45 años, y conforma uno de los cinco diagnósticos más comunes en las consultas de atención médica primaria. (García, 2014)

La prevalencia de dolor lumbar en el Perú se ha estimado en 7,07, mientras que en México se han reportado una mayor cantidad de casos en pacientes que llevan una vida sedentaria y desempeñan trabajos de actividad ligera, que implican mantenerse sentados por periodos prolongados de tiempo, generalmente sin cargar peso. (Lazarte & Eslava, 2016)

**2.1.1.4. Factores de riesgo.** El sexo, la edad, la obesidad, la falta de ejercicio físico, el bajo nivel educativo, el tabaquismo, el empleo, la práctica de deportes, los antecedentes de lumbalgia, la acumulación de peso, las posturas repetidas y el tiempo que se pasa de pie o sentado son factores de riesgo de lumbalgia. Otras variables que pueden contribuir a la lumbalgia son la depresión, el insomnio, la ansiedad y la evitación del movimiento, los pensamientos catastrofistas, las creencias y la presión social. (Tomoko, 2011)

**2.1.1.5. Clasificación.** Existe una clasificación que divide el dolor lumbar en tres categorías principales: enfermedad vertebral específica, dolor radicular y dolor lumbar inespecífico. Esta clasificación se utiliza para examinar a un paciente que presenta síntomas de dolor lumbar y facilita su diagnóstico y tratamiento. La primera categoría se refiere a afecciones específicas de la columna vertebral, como hernias de disco, estenosis espinal, fracturas vertebrales u otras patologías similares. La segunda categoría incluye el dolor que se irradia a una extremidad como consecuencia de una lesión en las raíces nerviosas de la columna vertebral, y la tercera categoría, lumbalgia inespecífica, se utiliza para situaciones en las que

no se encuentra una causa concreta. (Melchor, 2008)

Al emplear este sistema de clasificación durante la evaluación inicial del paciente que presenta dolor lumbar, se puede establecer un diagnóstico más preciso y, por lo tanto, un tratamiento más eficaz y personalizado. El diagnóstico diferencial del dolor lumbar inespecífico puede presentar dificultades debido a que su sintomatología puede asemejarse a otras afecciones. No obstante, existen dos situaciones clínicas que, aunque pueden ser difíciles de distinguir del dolor lumbar inespecífico, presentan características que las diferencian. La primera es la presencia de una enfermedad inflamatoria sistémica, como la espondilo-artritis anquilosante, que se caracteriza por dolor lumbar de inicio insidioso, con rigidez matutina y mejoría con la actividad física. Además, en la exploración física, se pueden observar alteraciones en la capacidad de movimiento de la columna vertebral y presencia de sacroilitis. La segunda situación es la presencia de una enfermedad visceral, como una infección urinaria o un proceso neoplásico, que se manifiesta con dolor lumbar referido e irregularidades en los estudios de imagen, como la presencia de masas o lesiones en órganos adyacentes a la columna vertebral.

Por ende, es esencial realizar una evaluación completa del paciente con dolor lumbar inespecífico, que incluya un detallado análisis de la historia clínica, un examen físico exhaustivo y pruebas complementarias según sea necesario. Este enfoque facilitará la identificación precisa del diagnóstico y la elaboración de un plan de tratamiento adecuado. (Melchor, 2008)

**2.1.1.6. Evaluación y Diagnóstico.** Para establecer un diagnóstico preciso en pacientes con dolor lumbar, es importante seguir una serie de prioridades diagnósticas que guiarán el examen clínico. Primero, resulta esencial verificar que la lumbalgia tenga su origen en el sistema músculo-esquelético. Posteriormente, se deben descartar patologías vertebrales

específicas que puedan estar relacionadas con el dolor lumbar, como tumores, infecciones o un cuadro clínico de cauda equina. Estos casos se identifican mediante la presencia de "banderas rojas", que son signos o síntomas que sugieren la presencia de una patología específica. El siguiente paso crítico consiste en identificar si el dolor lumbar se asocia con daño radicular, lo cual podría sugerir la existencia de una hernia de disco o una estenosis del canal vertebral, entre otras afecciones. Si se descartan estas alternativas, el paciente es catalogado como un caso de dolor lumbar inespecífico. (Melchor, 2008)

Una vez confirmado el origen músculo-esquelético del dolor lumbar y descartadas las patologías vertebrales específicas y el dolor radicular, es importante detectar los elementos de riesgo que podrían extender la duración del dolor y complicar la respuesta al tratamiento. Estos elementos, identificados como "señales amarillas", abarcan actitudes y creencias inapropiadas acerca del dolor lumbar, comportamientos inadecuados frente al dolor, como la kinesiofobia, dificultades laborales y actitudes compensatorias, así como trastornos emocionales vinculados. Reconocer de manera anticipada estos elementos de riesgo posibilita la implementación de un tratamiento más eficaz y adaptado a los requisitos particulares del paciente. Por ejemplo, en caso de que se detecten actitudes y creencias inapropiadas sobre el dolor lumbar por parte del paciente, se pueden proporcionar recursos educativos y terapias psicológicas para ayudar al paciente a modificar estas creencias y mejorar su bienestar. Si se detectan problemas laborales, se puede trabajar en conjunto con el empleador para buscar soluciones que permitan al paciente mantener su empleo y reducir el estrés asociado. (Bunzli S. S., 2013)

Es importante tener en cuenta que los exámenes de imagen no siempre son necesarios para el diagnóstico del dolor lumbar inespecífico y no deben ser utilizados de forma rutinaria. En la mayoría de las situaciones, el historial clínico y el examen físico brinda datos adecuados para realizar el diagnóstico y diseñar el plan de tratamiento. Sin embargo, en casos específicos, como los mencionados anteriormente, puede ser necesario realizar una resonancia magnética o

una radiografía simple para descartar patologías más graves o para evaluar ciertas estructuras específicas. Es importante evaluar cada caso individualmente y decidir cuál es el examen más adecuado en cada situación. (García, 2014)

**2.1.1.7. Tratamiento.** El manejo de la lumbalgia variará según la causa subyacente del dolor lumbar y la severidad de los síntomas. En términos generales, se aconseja un enfoque multidisciplinario que incorpore estrategias farmacológicas, fisioterapia, ajustes en el estilo de vida y técnicas para gestionar el estrés. (Mayo Clinic, 2021)

Los medicamentos más frecuentemente empleados en el procedimiento del dolor lumbar son los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroides. En situaciones más severas, los opioides pueden ser recetados; no obstante, su uso debe realizarse con precaución debido a los potenciales efectos secundarios y el riesgo de adicción. Los relajantes musculares también pueden ser útiles en algunos casos. La fisioterapia juega un papel esencial en la disminución del dolor y el progreso de la función lumbar mediante la aplicación de ejercicios terapéuticos, prácticas de estiramiento y fortalecimiento muscular, entre otras técnicas. El objetivo de la fisioterapia es mejorar la estabilidad y la flexibilidad de la columna vertebral, reducir la presión sobre los nervios y mejorar la postura. Se recomienda mantener un estilo de vida saludable, evitando el sedentarismo y manteniendo un peso saludable. La participación regular en actividad física, como caminar, nadar o andar en bicicleta, se revela como una medida efectiva para prevenir y abordar el dolor lumbar. Además, es importante evitar fumar y limitar el consumo de alcohol. El estrés tiene el potencial de incrementar la tensión muscular y agravar el dolor lumbar. Por ende, se aconseja la gestión del estrés mediante prácticas como la meditación, el yoga o la terapia cognitivo-conductual. (Giorgia, 2020)

En casos más graves de lumbalgia, pueden ser necesarios procedimientos invasivos como la infiltración de corticoides, la radiofrecuencia o la cirugía. Sin embargo, estos

tratamientos son reservados para casos específicos y deben ser evaluados cuidadosamente por un especialista. (Melchor, 2008)

**2.1.1.8. Tiempo de evolución.** Puede clasificarse en cuatro categorías: aguda, subaguda, crónica y recurrente. La lumbalgia aguda se caracteriza por un dolor duradero menor de seis semanas. La subaguda se presenta entre 6 y 12 semanas. La lumbalgia crónica es aquella que se prolonga por más de 12 semanas. Por último, la lumbalgia recurrente se refiere a aquellos episodios agudos de dolor lumbar intercalados con períodos de alivio de tres meses o más. (EsSalud, 2016)

**2.1.1.9. Pronóstico.** El pronóstico de la lumbalgia varía dependiendo de la causa subyacente del dolor lumbar y la reacción al tratamiento. En general, la mayoría de los casos de lumbalgia aguda tienden a mejorar espontáneamente en unas pocas semanas a medida que el cuerpo se cura a sí mismo. Sin embargo, si el dolor lumbar se vuelve crónico, puede ser más difícil de tratar y puede influir en el bienestar del paciente a largo plazo. Asimismo, los factores de riesgo vinculados pueden afectar la evolución de la lumbalgia. Los pacientes con actitudes y creencias inadecuadas respecto al dolor lumbar, comportamientos inadecuados ante el dolor, problemas laborales y actitudes compensatorias, así como enfermedades emocionales acompañantes, pueden tener un peor pronóstico. Es fundamental buscar tratamiento rápido y evitar los ataques recurrentes de lumbalgia manteniendo un estilo de vida saludable, haciendo ejercicio con frecuencia y corrigiendo las posturas inadecuadas. (Díez, 2022)

## **2.1.2 Kinesiofobia**

**2.1.2.1. Definición.** La kinesiofobia es el miedo exagerado y patológico a realizar cualquier movimiento que se perciba como potencialmente doloroso o perjudicial para una lesión previa. Esta fobia puede tener graves consecuencias tanto físicas como sociales en la vida de la persona afectada. (Simón, 2022)

La aparición de kinesiofobia está estrechamente relacionada con diversos problemas de salud, incluyendo dolor lumbar crónico, síndrome de fatiga crónica y síndrome de dolor regional complejo. Esto puede generar limitaciones funcionales en el movimiento de las articulaciones y puede tener consecuencias desfavorables en la autonomía y la calidad de vida de los individuos afectados. La movilidad es esencial para mantener la funcionalidad y prevenir la morbilidad y mortalidad. Sin embargo, la kinesiofobia puede llevar a la adopción de posturas rígidas y limitar la movilidad, lo que puede forzar movimientos en otras regiones y empeorar aún más la situación. (Simón, 2022)

La kinesiofobia es una herramienta valiosa para evaluar la conexión entre la cognición, emoción, comportamiento y dolor, permitiendo un enfoque más completo y apropiado en el tratamiento del dolor. Basándose en la evidencia, se pueden utilizar técnicas terapéuticas que aborden tanto la parte física como psicológica del dolor, para obtener una solución más efectiva y duradera. La comprensión de la misma es fundamental para la, tratamiento, prevención y rehabilitación de los trastornos musculoesqueléticos. (Flores Y. , 2023)

**2.1.2.2. Causas.** La kinesiofobia puede aparecer por diferentes causas, las cuales se podrían nombrar en experiencias de dolor lumbar intenso, impredecible y/o difícil de controlar, experiencias personales pasadas negativas de dolor, influencia de las creencias sociales sobre el dolor y discapacidad, la búsqueda de certeza diagnóstica que muchas veces es imposible de obtener, experiencias repetidas de fracaso en el control del dolor, entre otras. Además, la

kinesiofobia también puede estar afectada por aspectos psicológicos como la depresión y la ansiedad, así como por el entorno social y cultural en el que la persona se encuentra inmersa. Es importante identificar y tratar la kinesiofobia, ya que puede afectar negativamente la calidad de vida de las personas, limitando su capacidad para realizar actividades cotidianas y aumentando la dependencia en otros. Por lo tanto, es fundamental un enfoque multidisciplinario en el tratamiento del dolor lumbar, que incluya la evaluación y tratamiento de la kinesiofobia. (Bunzli S. S., 2013)

### ***2.1.3. Kinesiofobia y dolor lumbar.***

Las personas con lumbalgia que experimentan kinesiofobia tienden a limitar sus actividades físicas, lo que dificulta su recuperación. También pueden aparecer compensaciones para evitar movimientos en la zona lumbar, lo que puede afectar otras partes del cuerpo y dificultar su capacidad para realizar sus actividades diarias. (Díez, 2022) Los aspectos psicológicos son de vital importancia en la comprensión y tratamiento de personas con kinesiofobia. Contamos con investigaciones que respaldan el éxito de enfoques multidisciplinarios que abarcan la recuperación tanto física como mental, evitando que factores externos tengan un impacto negativo en la evolución de la enfermedad. Al asegurarse de una adherencia adecuada al tratamiento, se reduce la posibilidad de que la patología evolucione a su forma crónica. (Martínez, 2016)

### ***2.1.4. Tratamiento Fisioterapéutico de dolor lumbar para reducir la kinesiofobia.***

La kinesiofobia es el miedo o la evitación del movimiento debido al dolor, lo que puede resultar en un círculo vicioso de inactividad, debilidad muscular y más dolor. En la intervención fisioterapéutica para el dolor lumbar, se busca disminuir la aversión al movimiento, también conocida como kinesiofobia para que el paciente pueda participar activamente en su

recuperación. Es importante que el paciente entienda que el dolor lumbar no siempre significa daño estructural grave y que el movimiento y la actividad física son primordiales para la recuperación. El fisioterapeuta debe desarrollar un plan de ejercicios que incluya actividades graduales y progresivas, para que el paciente pueda aumentar su tolerancia al dolor y la actividad física de manera segura buscando fortalecer y estabilizar la columna vertebral. (O'Sullivan, 2005)

El dolor lumbar a menudo se asocia con el estrés y la ansiedad, por lo que el paciente debe aprender técnicas de relajación y control del estrés para manejar mejor la ansiedad y el dolor, y si este es el resultado de una actividad específica, el fisioterapeuta puede asistir al paciente en ajustar sus actividades para disminuir la carga sobre la columna vertebral y prevenir futuras lesiones. Por ende, el enfoque fisioterapéutico del dolor lumbar tiene como objetivo principal disminuir la kinesiofobia implica una combinación de educación sobre el dolor, actividad física graduada, ejercicios de fortalecimiento, técnicas de relajación y modificación de la actividad. Todo esto puede ayudar al paciente a recuperarse de manera segura y efectiva, reducir el dolor y mejorar el bienestar. (Bravo, 2001)

### III. MÉTODO

#### 3.1 Tipo de Investigación

Es un estudio de carácter observacional, descriptivo y transversal.

#### 3.2 Ámbito temporal y espacial

Esta investigación se desarrolló en el Hospital Santa Rosa, ubicado en Jr. Moreyra y Riglos 128 en el distrito de Pueblo Libre, durante los meses de julio y agosto del 2023.

#### 3.3 Variables

##### 3.3.1 *Variable principal*

La variable principal en este estudio es la kinesiofobia, la cual se define como un temor patológico a realizar cualquier movimiento que pueda provocar dolor o agravar una lesión previa, lo que puede resultar en una amplificación de las sensaciones dolorosas percibidas y una tendencia a perpetuar el dolor. Esta fobia puede afectar tanto la vida física como social de una persona, limitando su movilidad y funcionalidad.

##### 3.3.2 *Variables secundarias*

El sexo es de categoría cualitativa nominal. El sexo de una persona es un aspecto biológico que se refiere a los caracteres reproductivos y genéticos que determinan si un individuo es femenino o masculino. Esto incluye características como la presencia de órganos reproductivos, hormonas y cromosomas.

La edad se considera una variable cuantitativa discreta, y su escala de medición es de razón. La edad es una medida del tiempo que ha transcurrido desde el momento en que una persona nació hasta el momento actual. La edad, expresada comúnmente en años, desempeña un papel crucial en diversos aspectos de la vida, como el desarrollo físico, emocional y cognitivo, así como en la toma de decisiones y en la determinación de derechos y responsabilidades legales.

El peso corporal es de categoría cuantitativa continua, su escala de medición es de razón. El peso corporal se refiere a la cantidad total de masa que posee una persona. Se mide en unidades de peso, como kilogramos o libras, y se utiliza como un indicador de la composición corporal y la salud general. La cantidad de grasa corporal, músculo y hueso de una persona puede influir en su peso, por lo que la medición del peso no siempre es un indicador preciso de la salud o el estado nutricional de una persona.

### **3.4 Población y muestra**

La muestra se obtuvo del servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa durante los meses de julio y agosto de 2023. Fueron incluidos únicamente los que contaban con diagnóstico de lumbalgia que cumplían con los criterios de selección. Según las estadísticas de enero de 2023, se registraron 70 pacientes con lumbalgia en ese periodo. Se empleó un método de muestreo no probabilístico por conveniencia, resultando en una muestra de 65 pacientes.

### **3.5 Instrumentos**

Para la recopilación de datos en este estudio, se empleó una ficha que constaba de dos secciones. La Sección I se diseñó para recopilar información sociodemográfica de los pacientes con lumbalgia. Por otro lado, la Sección II incluyó el TSK-11 con el propósito de evaluar el nivel de temor patológico al movimiento de los pacientes. Este Test es un cuestionario que evalúa el miedo al ejercicio, o a la actividad física a través de una serie de 17 preguntas. Los resultados obtenidos determinan la presencia y gravedad de la kinesiofobia. En la adaptación del TSK para este estudio en Perú, se empleó la versión española (TSK-11), la cual se caracteriza por contener 11 de las 17 preguntas originales relacionadas con el dolor y la intensidad de los síntomas. Este enfoque se llevó a cabo para validar la herramienta de manera adecuada para la población peruana en estudio. (Flores R. , 2022)

El coeficiente alfa de Cronbach del TSK-11 tiene una buena consistencia interna o fiabilidad. En una investigación que abarcó a un grupo de individuos con lumbalgia, el valor

del alfa de Cronbach del TSK-11 fue de 0,87. (França, 2018) En otra investigación que involucró a pacientes con dolor musculoesquelético, el valor del alfa de Cronbach del TSK-11 fue de 0,85. (Schneider, 2016) En un estudio con pacientes con lumbalgia crónico, el valor del alfa de Cronbach del TSK-11 fue de 0,82. (Bunzli S. S., 2019) En Perú, El coeficiente alfa de Cronbach, calculado con base en elementos estandarizados que constan de 3 ítems, es de 0,812, lo cual se considera adecuado para llevar a cabo investigaciones. Además, posee una validación mediante juicio de expertos, donde, según la fórmula de Herrera, demuestra una validez excelente del 94,28. Este juicio se describe como una medida de la capacidad de una herramienta para evaluar la variable investigada en comparación con individuos capacitados y especialistas. Estos profesionales evalúan el contenido del instrumento basándose en factores como la pertinencia, la relevancia y la claridad. (Gonzales, 2017)

### **3.6 Procedimientos**

La información fue recopilada directamente de la población de estudio a través del uso del TSK-11. Este instrumento se aplicó a adultos (de 18 a 64 años) con lumbalgia, quienes fueron seleccionados del Servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa en Pueblo Libre, Lima, Perú.

Antes de iniciar la investigación, se revisaron las fichas de los pacientes para recopilar información relevante como su edad, lugar de procedencia, número de teléfono, diagnóstico médico, tratamiento recibido y otros datos necesarios. Una vez reunida esta información, se les contactó telefónicamente para invitarlos a participar en la investigación. Los participantes que accedieron a formar parte del estudio debían cumplir con los criterios de selección establecidos y proporcionar su consentimiento informado mediante la firma antes de proceder. Luego de esto, el paciente midió su peso utilizando la balanza del hospital y completó un cuestionario dividido en dos secciones, el cual no demoró más de 10 minutos en ser llenado.

### **3.7 Análisis de datos**

El análisis estadístico adoptó un tipo descriptivo, donde los factores cualitativos fueron representados mediante frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se expresaron a traves de la desviación estándar y la media. Se utilizaron tablas para proporcionar una visión general de las variables.

### **3.8 Consideraciones éticas**

La investigación siguió la Declaración de Helsinki 2, que garantizó la confidencialidad de los datos, empleó el consentimiento informado de los participantes, necesitó autorización institucional antes de la recogida de datos y obtuvo la aprobación del Hospital Santa Rosa a través de la Resolución N°138-2020-DG-HSR-MINSA.

#### IV. RESULTADOS

En el presente estudio participaron 65 individuos con lumbalgia de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años que fueron atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa en los meses de julio y agosto y que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Los datos recogidos se muestran a continuación.

##### Análisis Descriptivo

**Tabla 1**

*Distribución de la muestra según la frecuencia de kinesiofobia.*

Kinesiofobia	F	%
Baja	26	40
Alta	39	60
Total	65	100

*Fuente:* Propia

En la Tabla se presenta la distribución de la muestra según la frecuencia de kinesiofobia: el 40% (26) presenta baja kinesiofobia y el 60% (39) tiene una alta kinesiofobia

**Tabla 2**

*Distribución de la muestra de la frecuencia de Kinesiofobia según el sexo.*

Kinesiofobia						
Sexo	Baja	%	Alta	%	Total	%
Femenino	21	81%	23	59%	44	68%
Masculino	5	19%	16	41%	21	32%
Total	26	100%	39	100%	65	100%

*Fuente: Propia*

La Tabla 2 exhibe la distribución de la muestra de la frecuencia de kinesiofobia según el sexo: los que presentan kinesiofobia baja el 81% (21) son del sexo femenino y el 19% (5) son masculinos. Los que presentan kinesiofobia alta el 59% (23) son del sexo femenino y el 41% (16) son masculinos.

**Tabla 3**

*Distribución de la muestra según la frecuencia de kinesiophobia según la edad.*

Edad (años)	Kinesiophobia				Total	%
	Baja	%	Alta	%		
18-35	4	15%	4	10%	8	12%
36-45	8	31%	8	21%	16	25%
46-55	6	23%	14	36%	20	31%
56-65	8	31%	13	33%	21	32%
Total	26	100%	39	100%	65	100%

*Fuente: Propia*

La Tabla 3 exhibe la distribución de la muestra de la frecuencia de kinesiophobia según la edad: los que presentan kinesiophobia baja el 15% (4) son de 25-35 años, el 31% (8) son de 36-45 años, el 23% (6) son de 46-55 años y el 31% (8) son de 56-65 años. Los que presentan kinesiophobia alta el 10% (4) son de 25-35 años, el 21% (8) son de 36-45 años, el 36% (14) son de 46-55 años y el 33% (13) son de 56-65 años. Con un promedio de edad de 49 años entre los participantes que presentan kinesiophobia alta.

**Tabla 4**

*Distribución de la muestra según la frecuencia de kinesiophobia según el peso.*

Peso (Kg.)	Kinesiophobia				Total	%
	Baja	%	Alta	%		
40-60	10	38%	8	21%	18	28%
61-80	14	54%	23	59%	37	57%
81-115	2	8%	8	21%	10	15%
Total	26	100%	39	100%	65	100%

*Fuente: Propia*

La Tabla 4 exhibe la distribución de la muestra de la frecuencia de kinesiophobia según el peso: los que presentan kinesiophobia baja el 38% (10) son de 40-60 kg., el 54% (14) son de 61-80 kg. y el 8% (2) son de 81-115 kg. Los que presentan kinesiophobia alta el 21% (8) son de 40-60 kg., el 59% (23) son de 61-80 kg. y el 21% (8) son de 81-115 kg. Con un promedio de peso de 69kgs entre los participantes que presentan kinesiophobia alta.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El temor al movimiento, conocido como Kinesiofobia, cumple un papel significativo en el desarrollo de rehabilitación de individuos afectados por lumbalgia. Es esencial comprender su relevancia en este contexto, ya que puede limitar la participación en programas de ejercicios y prolongar el dolor y la discapacidad. En la presente investigación, el principal propósito fue establecer la prevalencia de Kinesiofobia en pacientes con lumbalgia que recibieron atención en el área de Medicina Física del Hospital Santa Rosa durante los meses de julio y agosto. Se determinó que de 65 pacientes, el 60% presentaron Kinesiofobia con resultados altos coincidiendo con los estudios realizados de John et al (2022) en los que el 92% de su población presentaban Kinesiofobia de nivel alto; con Tipula (2021), en donde el 89% de su población presentan Kinesiofobia de nivel alto y Herreras (2019), en donde el 73.3% de su población presentaron Kinesiofobia de nivel alto; pero se contrapone con el estudio de Trocoli et al. (2016) en donde el 56.9% de su población tenía Kinesiofobia moderada y no alta (26.2%). Lo que sugiere que el miedo al movimiento es una preocupación significativa en toda la población mundial. Esta observación es clínicamente relevante, ya que la Kinesiofobia puede obstaculizar la rehabilitación y la recuperación de los pacientes, esto resalta la importancia de enfrentar este problema en el contexto de nuestra atención clínica. Además de ello, esta condición puede contribuir a la disminución de la funcionalidad física, la participación social y la salud emocional de los individuos afectados. La evitación de actividades y el temor al movimiento pueden llevar a un estilo de vida más sedentario, afectando negativamente aspectos clave de la calidad de vida, como la movilidad, la independencia y el bienestar general.

En los resultados obtenidos en relación al sexo, se observa una mayor frecuencia de kinesiofobia alta en el grupo femenino. Esto sugiere que las mujeres en la muestra presentan niveles más elevados de miedo al movimiento en comparación con los hombres, coincidiendo con los estudios de Trocoli et al. (2016) en las que su población del sexo femenino representa

el 78%; Herreras (2019) en el que el porcentaje de mujeres con Kinesiofobia es el 64.2% y con Flores (2022) en el cual el sexo femenino representa el 52% de pacientes con Kinesiofobia. Este descubrimiento podría tener consecuencias significativas para la formulación de intervenciones y estrategias de tratamiento, ya que indica que el componente psicológico, específicamente la kinesiofobia, podría variar entre géneros en pacientes con lumbalgia. La comprensión de estas diferencias puede ser esencial para personalizar enfoques terapéuticos y mejorar los resultados de la rehabilitación en función del sexo de los pacientes. Además, podría ser valioso explorar más a fondo las razones subyacentes de esta disparidad, ya que factores psicológicos, sociales o culturales pueden estar contribuyendo a la mayor frecuencia de kinesiofobia alta en mujeres en este contexto específico.

La edad media observada fue 49 años, de los cuales el 70% presentaron alta Kinesiofobia, lo que se contrapone con la investigación de Trocoli et al (2016) en la que su edad promedio es 55 años y con Herreras (2019) en la que el 47.6% de su población con Kinesiofobia tienen las edades entre 65 y 70 años, cabe mencionar que en la investigación realizada por Herreras (2019) se determina que la edad está asociada al nivel de kinesiofobia, este hallazgo implica que la edad puede ejercer un rol relevante en la aparición y la intensidad de la kinesiofobia en personas con lumbalgia. La identificación de esta asociación proporciona datos importantes para la planificación de intervenciones terapéuticas y estrategias de manejo de la kinesiofobia, permitiendo un enfoque más específico según la edad del paciente. Además, podría ser útil investigar más a fondo las razones detrás de esta asociación, como posibles factores biopsicosociales que podrían estar contribuyendo a la variabilidad en los niveles de kinesiofobia en diferentes grupos de edad.

Se determinó que el promedio de peso fue 69kg entre los pacientes con kinesiofobia y aunque no se encontraron investigaciones que relacionen este tipo de característica sociodemográfica con la frecuencia de Kinesiofobia, teóricamente, el peso podría influir en la

lumbalgia. (Matta, 2018) Otro estudio, como el realizado por Choung Ah Lee (2021) sobre la relación entre cambios de peso y lumbalgia crónica en personas mayores de 50 años en Corea, nos demuestra que hay un aumento de hallazgos que apoya la relación entre dolor lumbar y obesidad, y que cuanto más se sube de peso, habrá mayor riesgo de padecer dolor lumbar crónico. (Choung Ah Lee, 2021)

Las discrepancias entre los resultados de este estudio y otros previos subrayan la necesidad de examinar las variaciones en las poblaciones de estudio, así como las metodologías utilizadas. Las diferencias culturales, las características demográficas específicas y los enfoques de medición pueden explicar las disparidades. Estos hallazgos destacan la importancia de considerar las peculiaridades de cada población al diseñar intervenciones y resaltar la complejidad del fenómeno de la Kinesiofobia.

Es importante reconocer las barreras de esta investigación, como el tamaño de la muestra y la ubicación específica del área de Medicina Física, ya que se encuentra en un diferente local que del Hospital principal. Además, no se encontraron investigaciones que relacionen el peso corporal con la frecuencia de Kinesiofobia, lo que podría ser un área de investigación futura interesante. Adicionalmente, destacar que los meses elegidos para realizar las encuestas, fueron meses en los cuales se celebran Fiestas Patrias en el País. Al no considerar ese detalle, no se consideró que podría haber una menor concurrencia de pacientes asistentes al servicio y perjudicar el proceso de llenado.

Por otro lado, el tipo de investigación no permitió la realización de pruebas inferenciales, ya que según Hernández, Fernández y Baptista (2014), en las investigaciones descriptivos no se emplean inferencias. Esto implicó una gran limitación, ya que las tablas inferenciales nos podrían brindar una comprensión más completa del estudio, mientras que en las tablas bivariadas solo se puntualiza las características de la población estudiada. (Hernández, 2014)

## VI. CONCLUSIONES

- 6.1 Los pacientes con lumbalgia que asistieron al Servicio de Medicina Física en los meses de julio y agosto del 2023 presentaron una frecuencia alta de Kinesiofobia.
- 6.2 La kinesiofobia se presenta con alta frecuencia en el sexo femenino.
- 6.3 Según la edad, pacientes con promedio de 49 años presentaron una frecuencia de alta kinesiofobia.
- 6.4 Se precisó que los pacientes con lumbalgia que tienen alta Kinesiofobia tienen un peso corporal promedio de 69 kg.

## VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Dada la alta frecuencia de kinesiophobia encontrada en la población, se recomienda emplear el cuestionario de Tampa durante las evaluaciones a pacientes con lumbalgia, con el propósito de identificar a aquellos que presenten este problema y tener un abordaje interdisciplinario con educación al paciente, terapia cognitivo conductual y terapia física.
- 7.2 Realizar futuras investigaciones sobre una posible asociación entre el nivel de educación de los pacientes y la presencia de kinesiophobia. Ya que individuos con mayor educación podrían tener una comprensión más profunda sobre la misma y adicionalmente acceder a recursos para abordarla.
- 7.3 Debido a la alta frecuencia de kinesiophobia en el sexo femenino, se recomienda alentar un enfoque gradual y progresivo de la mano de profesionales especializados en salud de la mujer proporcionando información sobre los beneficios del movimiento y la actividad física para la salud física y mental.
- 7.4 Se recomiendan nuevos estudios que verifiquen potenciales relaciones entre factores hormonales y kinesiophobia.
- 7.5 Abordar a los pacientes entre las edades de 44 a 55 años y con promedio de peso de 69kg, monitoreando su avance en el tratamiento para evitar que la kinesiophobia perjudique su mejoría.

## VIII. REFERENCIAS

- Ayre, K. (2018). *Nivel de discapacidad en agricultores con dolor lumbar de una comunidad campesina del valle del Mantaro*. Junín: Repositorio UNMSM.
- Bravo, P. y.-D. (2001). Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, Supl. II, 48-69.
- Bunzli, S. S. (2013). Beliefs underlying pain-related fear and how they evolve: a qualitative investigation in people with chronic back pain and high pain-related fear. *BMJ JOURNALS*, Volume 5, Issue 10.
- Bunzli, S. S. (2019). Making sense of low back pain and pain-related fear. *The Clinical journal of pain*, 35(9), 735-743.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000714>
- Cai, L. G. (2017). Does a program based on cognitive behavioral therapy affect kinesiophobia in patients following total knee arthroplasty? A randomized controlled trial with a 6-month follow-up. *The Journal of Arthroplasty*.
- Choung Ah Lee, H. D. (2021). The Relationship between Change of Weight and Chronic Low Back Pain in Population over 50 Years of Age: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 18(8), 9.
- Comachio, M. O. (2018). A cross-sectional study of associations between kinesiophobia, pain, disability, and quality of life in patients with chronic low back pain. *Advances in Rheumatology*, 58.
- Cuyul, V. F.-Q. (2019). Influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor musculoesquelético: una revisión de la literatura. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.
- Díez, A. (19 de Setiembre de 2022). *Canal Salud IMQ*. Kinesiofobia: acaba con el miedo al dolor con la Escuela de Espalda: <https://canalsalud.imq.es/blog/kinesiofobia-dolor->

escuela-espalda

- EsSalud, S. S. (Diciembre de 2016). Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Lumbalgia. Lima, Perú.
- Flores, R. (2022). Percepción de dolor lumbar y kinesiofobia en usuarios del Centro Médico FisioAdvance, Arequipa 2022. *Universidad Privada Autónoma del Sur*.
- Flores, Y. (2023). Revisión Bibliográfica: Kinesiofobia y su correlato psicológico. *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"*.
- França, F. R. (2018). The test-retest reliability and internal consistency of the Brazilian version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-BR) in patients with chronic low back pain. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 508-514.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2018.02.007>
- García, V. L. (2014). Epidemiología del dolor de espalda baja. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*, 112-125.
- Giorgia, E. M. (2020). The Association of Kinesiophobia and Pain Catastrophizing with Pain-Related Disability and Pain Intensity in Obesity and Chronic Lower-Back Pain. *Brain Sci*.
- Gonzales, B. y. (2017). Asociación entre kinesiofobia y discapacidad en pacientes con dolor lumbar inespecífico del área de algias de un Hospital de Lima, 2017. *Universidad Privada Norbert Wiener*.
- Hernández, F. B. (2014). *Metodología de la Investigación (6a.ed.)*. McGraw-Hill.
- Herreras, V. J. (2019). *Asociación de características sociodemográficas y nivel de kinesiofobia en el adulto mayor con lumbalgia crónica inespecífica en un Hospital de Cañete 2019*.
- Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (2017). *Guía de Práctica Clínica del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Departamento de Especialidad Médicas del*

*Hospital Loayza*. Lima: Hospital Loayza.

[http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS\\_d7b24bc89b41933\\_.pdf](http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_d7b24bc89b41933_.pdf)

Jeneviv Nene John, E. C. (2022). Kinesiophobia and associated factors among patients with chronic non-specific low back pain. *Disability and Rehabilitation*.

John, U. E. (2022). Kinesiophobia and associated factors among patients with chronic non-specific low back pain. *Disabil Rehabil.*, 45(16), 2651-2659.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2103747>

Lawrence, R. H. (1989). Estimates of the prevalence of selected arthritic and musculoskeletal disease in the United States. *The Journal of Rheumatology. The Journal of Rheumatology*, 427-441.

Lazarte, G. A., & Eslava, D. (2016). *Prevalencia y factores asociados a la lumbalgia y discapacidad por dolor lumbar en vigilantes de Miraflores, Lima 2016*.

Martínez, M. D. (2016). *Kinesiofobia y catastrofización del dolor como reglas de predicción clínica en el dolor lumbar*.

Matta, J. (2018). Relación entre lumbalgia y sobrepeso/ obesidad: dos problemas de salud pública. *Revista Med.* <https://doi.org/10.18359/rmed.4755>

*Mayo Clinic*. (2021). <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/frozen-shoulder/diagnosis-treatment/drc-20372690>

Melchor, M. (2008). Evaluación del paciente con dolor lumbar. *Revista Médica Clínica Condes*, 133-137.

Moix, J. C. (2006). Guía de Práctica Clínica para la Lumbalgia inespecífica basada en la evidencia científica. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 117-129.

O'Sullivan, P. (2005). *Diagnosis and classification of chronic back pain disorders: maldaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism*.

Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona.

- Schneider, S. R. (2016). Why do women have chronic pain more often than men? A study on the relationship between pain and psychological variables such as coping style, fear of pain, and pain catastrophizing. *Pain medicine*, 17(10), 1877-1885.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/pm/pnw049>
- Simón, J. P. (2022). *Instituto SANUM*. ¿Qué es la Kinesofobia? SANUM Escuela de Espalda:  
<https://www.isanum.es/blog/2020/08/10/-que-es-la-kinesofobia-sanum-escuela-de-espalda/>
- Soler, M. (2022). *Kinesiofobia o miedo al movimiento*. Clínica CEMTRO:  
<https://www.clinicacentro.com/medicina-deportiva/psicologia-deportiva/kinesiofobia/#:~:text=Diversos%20estudios%20han%20relacionado%20la,de%20todo%20el%20miembro%20superior.>
- Tipula Tipula, M. (2021). *Kinesiofobia e Incapacidad Funcional en pacientes con Lumbalgia del Centro de Rehabilitación Física Neurológica - CERFINEURO*.
- Tomoko, K. M. (2011). *Prevalence of low back pain and factors associated with chronic disabling back pain in Japan*.
- Trocoli, B. (2016). Prevalência de ansiedade, depressão e cinesiofobia em pacientes com lombalgia e sua associação com os sintomas da lombalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 4, 56. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rbre.2016.02.010>
- Van Bogaert, I. C. (2021). Influence of Baseline Kinesiophobia Levels on Treatment Outcome in People With Chronic Spinal Pain. *Physical Therapy and Rehabilitation Journal*.
- Vicente, J. H. (2019). *Asociación de características sociodemográficas y nivel de kinesiofobia en el adulto mayor con lumbalgia crónica inespecífica en un Hospital de Cañete 2019*. Lima, Perú.
- Watson, P. M.-J. (1998). Medically certified work loss, recurrence and cost of wage

compensation for back pain: a follow-up study of the working population of Jersey.

*The British Journal of Rheumatology*, 37, 82-86.

## IX. ANEXOS

## ANEXO A

## Operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumento de medición</b>
<b>Sexo</b>	Carácter atribuido a la condición sexual femenina o masculina reportada en la entrevista	Cualitativa dicotómica	Nominal	Masculino Femenino	Cuestionario
<b>Edad</b>	Medida del tiempo que ha transcurrido desde el momento en que una persona nació hasta el momento actual	Cuantitativa	Razón	Fecha de nacimiento (día, mes y año)	Cuestionario

<b>Peso</b>	Cantidad total de masa que una persona tiene	Cuantitativa	Razón	Kilogramos (kg)	Balanza
<b>Kinesiofobia</b>	Miedo a hacer ejercicio o movimiento físico debido a preocupaciones sobre el dolor o lesiones	Cualitativa	Ordinal	Baja Kinesiofobia Alta Kinesiofobia	Test de Tampa de Kinesiofobia

**ANEXO B****Criterios de selección**

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Pacientes entre los 18 a 64 años	Pacientes con diagnóstico de fracturas
Presentar dolor lumbar	Presencia de neoplasias
Firmar el consentimiento informado	Embarazadas
	Pacientes post-operados
	Incapacidad física o mental para proporcionar un consentimiento informado

## ANEXO C

### Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por Bojanich Pagador Margarita Isabel, de la Universidad Nacional Federico Villarreal. La meta de este estudio es determinar la prevalencia de Kinesiofobia en pacientes con Lumbalgia atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Santa Rosa.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por \_\_\_\_\_.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es \_\_\_\_\_

---



---

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Bojanich Pagador Margarita Isabel al teléfono 927082164.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

-----

-----

Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

**ANEXO D**

Información del investigador:

Bojanich Pagador Margarita Isabel

E-mail: [marboja03@gmail.com](mailto:marboja03@gmail.com) Celular: 927082164

**Cuestionario**

Sr (a): La información proporcionada por su persona será anónima y confidencial, siendo mencionado esto se solicita poder responder las siguientes premisas e interrogantes con veracidad:

**SECCIÓN I: Características sociodemográficas del adulto participante:**

- Edad:
  
- Sexo:
  - Femenino : \_\_\_\_\_
  - Masculino : \_\_\_\_\_
  
- Peso en kgs:

## SECCIÓN II: Kinesiofobia

A continuación, se enumeran una serie de afirmaciones. Lo que Ud. ha de hacer es indicar hasta qué punto eso ocurre en su caso según la siguiente escala:

1	2	3	4
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	<b>Parcialmente en Desacuerdo</b>	<b>Parcialmente de Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>

N °	PREGUNTAS	1	2	3	4
1.	Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico.				
2.	Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.				
3.	Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.				
4.	Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.				
5.	Tengo miedo a lesionarme sin querer.				
6.	Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.				
7.	No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.				
8.	El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme.				
9.	No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.				
10.	No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.				
11.	Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor.				

**Score:** Puntuación final la correspondida entre los puntajes de 11 al 27 se denominará como bajo nivel de kinesiofobia, mientras, los puntajes entre 28 y 44 se denominará como alto nivel de kinesiofobia

## ANEXO E

### Datos de calificación

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio
3. La estructura del instrumento es adecuada.
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6. Los ítems son claros y entendibles.
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.

### Juicio de Expertos

Criterios	Jueces					Valor P
	J1	J2	J3	J4	J5	
<b>1</b>	1	1	1	1	1	5
<b>2</b>	1	1	1	1	1	5
<b>3</b>	1	1	1	1	1	5
<b>4</b>	1	1	1	1	1	5
<b>5</b>	1	1	1	1	1	5
<b>6</b>	0	1	1	1	1	4
<b>7</b>	0	1	1	1	1	4
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>33</b>

1: de acuerdo

0: desacuerdo

**PRUEBA DE CONCORDANCIA  
DE LOS JUECES:**

$$B = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

**LEYENDA:**

**B:** Grado de concordancia significativa  
**Ta:** N° total de acuerdo de jueces  
**Td:** N° total de desacuerdo de jueces

$$B = \frac{33}{33 + 2} \times 100 = 94,285$$

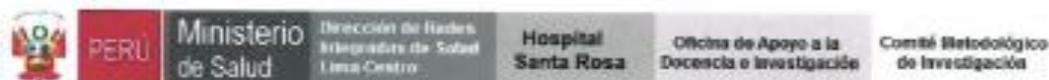
Según Herrera:

- Confiabilidad del instrumento: Excelente validez

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

**Rescatado de:** Gonzales, B. y. (2017). Asociación entre kinesiofobia y discapacidad en pacientes con dolor lumbar inespecífico del área de algias de un Hospital de Lima, 2017. *Universidad Privada Norbert Wiener*.

## ANEXO F



## CONSTANCIA 010 - 2023 – CMI – HSR

### HOSPITAL SANTA ROSA

El Comité Metodológico de Investigación del Hospital Santa Rosa (CMI – HSR) oficializado a través de la Resolución N°138-2020-DG-HSR-MINSA, certifica que, el Proyecto de Investigación descrito a continuación, ha sido **APROBADO** con fecha 16 de febrero del 2023.

**“FRECUENCIA DE KINESIOFOBIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA HOSPITAL SANTA ROSA 2023”.**

Con el código N° **23/010**, presentado por la investigadora: **BOJANICH PAGADOR, MARGARITA ISABEL**. Esta aprobación tendrá vigencia del **16 de febrero del 2023 al 15 de febrero del 2024**.

El investigador debe solicitar toda información que requiera para desarrollar su proyecto de investigación a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Asimismo, debe **reportar el avance del estudio mensualmente** y el informe final luego de **terminado el mismo**. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Pueblo Libre, **27 de febrero del 2023**



**Mg. Flor Milagros Mendoza Barreto**  
Jefa de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación  
Hospital Santa Rosa

**“Producción Científica y Calidad en la Gestión de la Investigación”**