

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica Especialidad en Terapia
Física y Rehabilitación

Tesis

**Relación de la kinesiofobia y la capacidad funcional
en adultos mayores de los distritos de
Chupaca y Huachac, 2023**

Rosaisela Galvan Yupanqui
Jeanpierre Stefano Avellaneda Rodriguez

Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Tecnología Médica con Especialidad
en Terapia Física y Rehabilitación

Huancayo, 2024

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE**INVESTIGACIÓN**

A : Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : Mg. Noelia Guadalupe López Guevara Asesor
de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 16 de Mayo de 2024

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE LOS DISTRITOS DE CHUPACA Y HUACHAC, 2023.

Autora:

1. ROSAISELA GALVAN YUPANQUI – EAP. Tecnología Médica - Especialidad en Terapia Física y Rehabilitación
2. JEANPIERRE STEFANO AVELLANEDA RODRIGUEZ – EAP. Tecnología Médica - Especialidad en Terapia Física y Rehabilitación

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 20 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

• Filtro de exclusión de bibliografía SI NO

• Filtro de exclusión de grupos de palabras menores SI NO

Nº de palabras excluidas **(en caso de elegir "SI")**: 30

• Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Dedicatoria

A mi madre VICTORIA FLAVIA YUPANQUI LIZANA, por el apoyo y confianza para mi formación, aun pasando momentos difíciles, por su amor y aliento que fue fundamental para culminar esta etapa. A mis hermanos y sobrinos por acompañarme durante toda mi formación.

Rosaisela Galvan Yupanqui

Con toda humildad para mi madre Norma Edith Rodriguez Rodríguez por su amor, sacrificio constante. De igual modo a mi padre Armando Avellaneda Valero por confiar en mí y darme una carrera profesional siempre apoyándome y aconsejándome en este trayecto. Por último, a mis hermanos Luis Fernando y André Luigi por la compañía y alegrías mutuas.

Jeanpierre Stefano Avellaneda Rodriguez

Agradecimientos

A nuestra casa superior de estudios, Universidad Continental.

A nuestra asesora Noelia Guadalupe López Guevara por su paciencia, por guiarnos, brindarnos sabiduría y solución en todo este proceso.

Rosaisela Galvan Yupanqui

A nuestra casa superior de estudios Universidad Continental.

A nuestra asesora Noelia Guadalupe López por su humildad, responsabilidad, desempeño y constancia brindándonos soluciones en este intrincado trayecto hacia la investigación.

A mis docentes y colegas por su amor hacia la carrera.

Jeanpierre Stefano Avellaneda Rodriguez

Índice

| | |
|--|------|
| Dedicatoria..... | iv |
| Agradecimientos..... | v |
| Índice | vi |
| Índice de tablas..... | ix |
| Índice de figuras..... | x |
| Resumen..... | xi |
| Abstract..... | xii |
| Introducción..... | xiii |
| CAPÍTULO I..... | 14 |
| Planteamiento del estudio..... | 14 |
| 1.1. Delimitación de la investigación..... | 14 |
| 1.1.1. Delimitación territorial | 14 |
| 1.1.2. Delimitación temporal | 14 |
| 1.1.3. Delimitación conceptual | 14 |
| 1.2. Planteamiento del problema | 14 |
| 1.3. Formulación del problema | 16 |
| 1.3.1. Problema general | 16 |
| 1.3.2. Problemas específicos | 17 |
| 1.4. Objetivos de la investigación | 17 |
| 1.4.1. Objetivo general..... | 17 |
| 1.4.2. Objetivos específicos..... | 17 |
| 1.5. Justificación de la investigación | 17 |
| CAPÍTULO II..... | 19 |
| Marco teórico..... | 19 |
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 19 |
| 2.1.1. Antecedentes internacionales | 19 |
| 2.1.2. Antecedentes nacionales | 20 |
| 2.2. Bases teóricas | 21 |
| 2.2.1. Kinesiofobia | 21 |
| 2.2.2. Consecuencias de kinesiofobia | 22 |
| 2.2.3. Abordajes | 22 |

| | |
|--|----|
| 2.2.4. Complicaciones | 24 |
| 2.2.5. Capacidad funcional..... | 25 |
| ✓ Capacidad física:..... | 25 |
| ✓ Capacidad cognitiva | 25 |
| ✓ Capacidad sensorial..... | 25 |
| ✓ Capacidad emocional: | 26 |
| ✓ Capacidad social: | 26 |
| 2.3. Definición de términos básicos..... | 26 |
| CAPÍTULO III..... | 28 |
| Hipótesis y variables | 28 |
| 3.1. Hipótesis | 28 |
| 3.1.1. Hipótesis general..... | 28 |
| 3.1.2. Hipótesis específicas | 28 |
| 3.2. Identificación de variables | 28 |
| CAPÍTULO IV..... | 27 |
| Metodología | 27 |
| 4.1. Métodos, tipo y nivel de la investigación | 27 |
| 4.1.1. Método de la investigación | 27 |
| 4.1.2. Tipo de la investigación | 27 |
| 4.1.3. Nivel de la investigación..... | 27 |
| 4.2. Diseño de la investigación | 27 |
| 4.3. Población y muestra | 28 |
| 4.3.1. Población | 28 |
| 4.3.2. Muestra..... | 28 |
| 4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 28 |
| 4.4.1. Técnicas de recolección de datos | 28 |
| 4.4.2. Instrumento de recolección de datos | 29 |
| CAPÍTULO V..... | 33 |
| Resultados y discusión | 33 |
| 5.1. Presentación de resultados | 33 |
| 5.2. Pruebas de hipótesis | 38 |
| 5.2.1. Prueba de la hipótesis general..... | 38 |
| 5.2.2. Prueba de hipótesis específica | 38 |

| | |
|---|----|
| 5.2.3. Prueba de hipótesis específica | 39 |
| 5.2.4. Prueba de hipótesis específica | 39 |
| 5.3. Discusión de resultados | 40 |
| Conclusiones..... | 42 |
| Recomendaciones..... | 43 |
| Referencias bibliográficas | 44 |
| Anexos | 49 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Sexo de los adultos mayores | 33 |
| Tabla 2. Rangos de edad de los adultos mayores | 33 |
| Tabla 3. Nivel de dolor de los adultos mayores | 34 |
| Tabla 4. Nivel de kinesofobia de los adultos mayores..... | 34 |
| Tabla 5. Capacidad funcional de los adultos mayores | 34 |
| Tabla 6. Capacidad funcional y rangos de edad..... | 35 |
| Tabla 7. Nivel de kinesiofobia y el sexo en el adulto mayor | 36 |
| Tabla 8. Dolor y la capacidad funcional del adulto mayor | 37 |
| Tabla 9. Prueba de Chi cuadrado entre la kinesofobia y la capacidad funcional. | 38 |
| Tabla 10. Prueba de chi cuadrado entre la capacidad funcional y rango de edad | 38 |
| Tabla 11. Prueba de chi cuadrado entre kinesofobia y el sexo | 39 |
| Tabla 12. Prueba de chi cuadrado entre el dolor y la capacidad funcional. | 39 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Capacidad funcional y rangos de edad..... | 35 |
| Figura 2. Nivel de Kinesiofobia y el sexo. | 36 |
| Figura 3. Dolor y la capacidad funcional. | 37 |

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023. Es un estudio de tipo básico con un nivel correlacional y de diseño descriptivo correlacional, nuestra población estuvo conformada por 200 pobladores adultos mayores, de este modo nuestra muestra es aleatoria simple, aplicando la formula obtuvimos una muestra de 120 adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, los instrumentos que utilizamos valoraron nuestras variables, en cuanto a la kinesiofobia usamos el “The Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK)” y para nuestra variable de capacidad funcional utilizamos el “Índice de Barthel”, después de la recolección de datos, estos demostraron que el nivel de kinesiofobia en los adultos mayores es de 82 representado en 72,5 % tienen un nivel alto de kinesiofobia y solo 33 de ellos representado en un 27,5 % presentan bajo nivel de kinesiofobia, en cuanto a la capacidad funcional 61 adultos mayores representado en un 50,8 % presentan una dependencia moderada y 31 adultos mayores representado por 25,8 % presentan dependencia escasa, la prueba de chi cuadrado demostró que existe relación significativa entre la kinesiofobia y la capacidad funcional debido a que obtuvo un valor de $p = 0,00$. No se encontró relación entre la kinesiofobia y el sexo del adulto mayor y finalmente si hubo relación entre el dolor y la capacidad funcional del adulto mayor.

Palabras clave: kinesiofobia, capacidad funcional, dependencia, adultos mayores.

Abstract

The main objective of this research was to determine the relationship between kinesiophobia and functional capacity in older adults in the districts of Chupaca and Huachac in, 2023. this was a basic study with a correlational level and descriptive correlational design, our population consisted of 200 older adults, In this way our sample is simple random, applying the formula we obtained a sample of 120 older adults in the province of Chupaca and Huachac , the instruments we used assessed our variables, in terms of kinesiophobia we used the "The Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK)" and for our variable we used the "Barthel Index", after data collection, The data showed that the level of kinesiophobia in the older adults of which 87 older adults representing 72,5 % have a high level of kinesiophobia and only 33 of them representing 27,5 % have a low level of kinesiophobia in terms of functional capacity 61 older adults representing 50,8 % have a moderate dependence, The chi-square test showed that there was a significant relationship between kinesiophobia and functional capacity because it obtained a value of $p = 0.00$, but there was no relationship between kynophobia and the sex of the older adult, and finally there was a relationship between pain and the functional capacity of the older adult.

Keywords: kinesiophobia, functional capacity, dependence, older adults.

Introducción

El envejecimiento de la población es una realidad cada vez más evidente en todo el mundo, y conlleva consigo una serie de cambios significativos en las dinámicas sociales, de salud y económicas. La etapa del adulto mayor, que abarca las últimas décadas de la vida, es una fase única y valiosa que merece atención y comprensión. A medida que las expectativas de vida continúan aumentando, la sociedad se enfrenta a la tarea de adaptarse a las necesidades y contribuciones de una creciente población de adultos mayores. (1)

En esta exploración del tema del adulto mayor, nos hemos sumergido en los aspectos claves de esta fase de la vida, examinando no sólo las cuestiones relacionadas con la salud y el bienestar, sino también reconociendo y celebrando las contribuciones continuas y el potencial de crecimiento personal que persisten en esta etapa. A medida que abordamos estos temas, es crucial comprender y promover la importancia de la inclusión, el respeto y el apoyo para que los adultos mayores puedan vivir plenamente y disfrutar de una calidad de vida óptima.

Nuestra investigación tiene datos importantes y reales obtenidos de la evaluación realizada a los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, quienes están enfocados con la kinesofobia que es el miedo al movimiento y la capacidad funcional del adulto mayor.

En el capítulo I encontramos todo acerca de la realidad problemática, los objetivos planteados y la justificación, en el capítulo II encontramos los antecedentes y bases teóricas, los cuales son de suma importancia debido a que estos fundamentan nuestra investigación, en el capítulo III se observa las hipótesis, la descripción de las variables y el cuadro de operacionalización de variables, seguido de aspectos metodológicos, instrumentos y técnicas presentes en el capítulo IV y, finalmente, en el capítulo V se observa los resultados, discusión de estos, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

Planteamiento del estudio

1.1. Delimitación de la investigación

1.1.1. Delimitación territorial

Esta investigación tuvo como lugares de estudio los distritos de Chupaca y Huáchac - región Junín – Perú, limitada por el norte con la provincia de Concepción, por el este con la provincia de Huancayo, por el sur con el departamento de Huancavelica y por el oeste con Lima.

1.1.2. Delimitación temporal

El tiempo en el que se realizó la investigación fue desde junio del 2023, donde se planteó la idea de investigación y se realizó el plan de trabajo que se presentó en setiembre, después de ello se envió al Comité de Ética en el mes de noviembre, posteriormente fue aprobado el 18 de noviembre con la aceptación de este se pudo inscribir el título en el mes de diciembre y de esta forma poder realizar la recolección de datos y análisis de estos en diciembre del mismo año.

1.1.3. Delimitación conceptual

En este estudio se definió muchos de los aspectos importantes sobre la kinesofobia que es el miedo al movimiento y la capacidad funcional que presentan en sus actividades de vida diaria los adultos mayores.

1.2. Planteamiento del problema

El envejecimiento desde un punto de vista biológico es el resultado de un gran daño celular y molecular que tiene el cuerpo humano, llevando así a la vida humana a una reducción gradual de las capacidades mentales y físicas. Los cambios que se dan en el cuerpo humano no son de forma lineal, ni uniformes y el vínculo que se tiene con la edad en años de la persona es más relativa. Dichos cambios están relacionados a múltiples transiciones vitales como la

muerte de amigos, pareja, jubilaciones entre otras. Se tiene que considerar a los adultos mayores como cualquier persona integral, con necesidades psicológicas, sociales, espirituales, biológicas y físicas. (2, 3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el entorno donde vivimos puede favorecer o perjudicar de manera significativa al envejecimiento, debido a la exposición y a las diversas deficiencias de servicios que se tiene como las asistencias sanitarias entre otras. La cantidad de personas de 60 años a más, cada vez va aumentando progresivamente, en el 2019 el número de personas de 60 a más años rodeaba a 1000 millones, dicha cifra llegará a los 1400 millones para el 2030 y más de 2100 millones para el 2050 y estas cifras se aceleran de forma particular en los países en desarrollo. (4)

En toda América la cantidad de personas con edad de 60 años a más va en aumentando considerablemente de 2000 a 100 millones para el 2025. El cuidado y el bienestar del adulto mayor es un problema de salud pública y más aún si los adultos se encuentran en pobreza, de este modo este es un tema de mucha importancia. (5)

La pérdida de funcionalidad es parte del proceso de envejecimiento y este se va incrementando por la presencia de las diversas patologías, lo que genera mayor incremento de adultos mayores en situaciones de dependencia. La encuesta de protección social, aplicada en El Salvador, México y Paraguay manifestó que, a más edad, mayor es la incidencia de la dependencia y la dificultad al realizar sus Actividades de la Vida Diaria (AVD). Los datos del Banco Internacional de Desarrollo de Latinoamérica y El Caribe nos indica que alrededor de ocho millones de adultos mayores son dependientes, lo que equivale a un aproximado de 1% de toda la población de esta región, considerando la prevalencia de la dependencia de las personas mayores, el 2025 se proyecta el doble o hasta el triple de adultos mayores dependientes. (6)

En este contexto, es importante comprender que la salud y la capacidad funcional no solo es un vínculo para aumentar los años de vida, sino para poder mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y con ello poder reducir o enlentecer de manera considerable la aparición de la dependencia, mejorando las actividades de vida diaria. (7)

En Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) estima que se tiene a 4 millones 140 mil adultos mayores, que representan el 12,7 % de nuestra población. Alrededor de 2 millones 168 mil son mujeres representado en un 52,4 % y 47,6 % son varones representado en 1 millón 973 mil. El 2023 se encontró 39,6 % hogares peruanos que cuentan con al menos un adulto mayor dentro de su familia. En el área rural la proporción de algún adulto mayor en el hogar es de 42,7 %, esta seguida por Lima Metropolitana con 41,7 % y finalmente 36,8 % el resto de hogares urbanos. Por otra parte, el 47,6 % de adultos mayores

accedió al Seguro Integral de Salud (SIS), el 36,6 % está dentro del Seguro Social de Salud (EsSalud) y solo el 5,6 % tiene otro tipo de seguro. (8) (9)

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) indica que la gran mayoría de los adultos mayores presenta una disminución considerable de las diversas capacidades motoras y funcionales, trayendo consigo un deterioro progresivo de las funciones sociales, físicas y psíquicas, presentando también mayor incidencia de enfermedades crónicas llevando así a los adultos mayores a la muerte. (10)

En muchos estudios se habla de las presencias simultáneas de discapacidad o enfermedades crónicas y estas van en aumento por el paso de los años, lo que hace imprescindible corregir el estilo de vida y hábitos en las diversas poblaciones geriátricas. Desde este enfoque el abordaje biopsicosocial es fundamental, por ello es de suma importancia identificarlos y trabajarlos, ya que uno de estos factores ha venido tomando fuerza, trayendo consigo deficiencias en las diversas condiciones físicas y hablamos básicamente de la kinesiofobia que es el miedo que tienen los adultos a realizar el movimiento y con ello la disminución activa de sus actividades de vida diaria. (11, 12)

En Chupaca y Huáchac se tiene alrededor de 7,653 adultos mayores de los cuales 4,287 son hombres representado en 56 % y 3,366 mujeres representado en un 44 %. Los adultos mayores representan el 14 % de la población total de Chupaca y Huáchac, de los cuales la mayoría de ellos presenta disminución y limitaciones en la capacidad funcional debido a los diferentes factores que se presentan como las deficiencias arquitectónicas y accesibilidad a ayudas biomecánicas, de este modo repercutiendo e induciendo a la disminución del movimiento y su AVD, hablando básicamente de la kinesiofobia. (13)

De este modo es importante efectuar dicha investigación, con el fin de poder encontrar la relación de la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023. Debido a que cuidar y velar por los adultos mayores es de suma importancia y además al saber cuánto y cuáles son los niveles de kinesiofobia nos ayudaran a poder incrementar mayor concientización sobre el ejercicio y sobre todo se tendrá mayor conocimiento sobre el movimiento en la edad adulta.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Qué relación tiene la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023?

1.3.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y rangos de edad en los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023?

2. ¿Cuál es la relación entre el nivel de kinesiophobia y el sexo en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023?

3. ¿Cuál es la relación entre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Identificar la relación de la kinesiophobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Identificar la relación entre la capacidad funcional y rangos de edad en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

2. Determinar la relación el nivel de kinesiophobia y el sexo en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

3. Precisar la relación entre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica

La kinesiophobia es considerada un trastorno de ansiedad debido al miedo persistente e irracional que tiene la persona por el movimiento después de alguna alteración o lesión presentada y esta alteración se ve más reflejada en los adultos mayores debido a los años de vida, de este modo nuestra investigación tuvo como objetivo principal poder determinar la relación de la kinesiophobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac. A pesar de que se conoce sobre algunos estudios previos sobre la kinesiophobia, la mayoría de ellos escasean de información actualizada y más aún con adultos mayores. De este modo esta investigación continuará siendo una línea de investigación de mucha importancia y aporta significativamente en el área de terapia física y rehabilitación.

1.5.2. Justificación práctica

Dicha investigación nos sirve como guía y ayuda para todas aquellas personas que trabajan con el adulto mayor, sobre todo en el proceso del dolor y lo que este genera al movimiento. Este proyecto no solo será para los adultos mayores sino también será utilizado como una guía de prevención para todo el público en general debido a que se tuvo un abordaje más profundo sobre la capacidad funcional y el miedo a moverse refiriéndonos de esta forma a la kinesofobia, este proyecto también que esta nos ayudó a disminuir las deficiencias que llegan a tener en la vejez y finalmente con los resultados de este proyecto se podrá mejorar los planes de intervención y formar mejores programas preventivos y aplicativos enfocados en el movimiento del adulto mayor.

1.5.3. Justificación metodológica

Para poder determinar los objetivos trazados de dicha investigación se utilizó los instrumentos, el primer instrumento que se utilizó fue The Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) que básicamente nos ayudó a medir el miedo que siente el paciente al movimiento y el segundo instrumento que se utilizó fue el Índice de Barthel que nos ayudó a identificar el grado de dependencia del paciente.

CAPÍTULO II

Marco teórico

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

López et al. (14) realizaron una investigación de tipo descriptiva, transversal que tuvo como objetivo poder determinar la relación existente entre la capacidad funcional de los adultos mayores y la kinesiofobia llegando a la conclusión que, en los adultos mayores la capacidad funcional no era alta no presenta mucha dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria de los pacientes participantes se pudo obtener altos niveles de kinesiofobia, lo que nos dice que el adulto mayor refiere temor al ejercicio y movimiento así presentando una buena funcionalidad, sabiendo que no hay una relación esta puede derivarse a una creencia cultural relacionada con el ejercicio físico, la edad incluso la patología ($p=0.752$ $r=0.052$).

Solano et al. (15) en su investigación no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo, con alrededor de 420 adultos mayores se trazaron como objetivo poder determinar la kinesiofobia y el dolor en los adultos mayores, este estudio tuvo un resultado alto con respecto al nivel de la kinesiofobia en la población que ha sido estudiada, siendo la edad más relevante de 61 años, demostrando el género predominante el masculino y concluyendo que si existe relación del dolor con la kinesiofobia de forma leve ($p=0,089$).

Encinas et al. (16) realizaron una investigación para poder identificar la relación del catastrofismo y la autoexigencia, función y discapacidad. El 2022 se realizó una búsqueda básica de información en las diversas bases de datos como PubMed, Google Académico y EBSCO, llegando a la conclusión de que existe niveles altos de catastrofismo que están asociados a la mayor cantidad o intensidad de dolor física llevando así a los adultos mayores a no tener mucha funcionalidad y finalmente los niveles altos de la autosuficiencia estarán asociados a menores cantidades de dolor y mucha más funcionalidad.

En la investigación de Alpalhao et al. (17) se realizó una investigación con el fin de poder examinar la kinesofobia y la evasión del miedo en los adultos mayores, para ello buscaron información desde el 2006 hasta mayo del 2021, todos los estudios fueron de diseño transversal. En su totalidad en los estudios se manifiesta que existe mayor relación entre el dolor crónico con un 81,8 % y finalmente se llegó a la conclusión de que la kinesofobia es uno de los factores con mayor dominancia a la hora de poder determinar los niveles de actividad del adulto mayor.

Bäck et al. (18) realizaron una investigación el 2020, con el objetivo de poder explorar la percepción de la población sobre la kinesofobia relacionada a la actividad física, este estudio fue cualitativo y en su investigación se llegó a la conclusión que para poder afrontar el miedo que se tiene al movimiento después de un proceso dinámico grave se requerirá apoyo de manera interna y externa, de esta manera se podrá mejorar y elaborar nuevas estrategias para la disminución de la kinesiofobia ($p=0,044$).

En la investigación de Naugle et al. (19) concluyen que existe una asociación entre el miedo al movimiento ya sea por dolor o una nueva lesión con una disminución del bienestar funcional de manera desadaptativa, apoyando de que el miedo al movimiento conduce a una disminución de la capacidad funcional y la inactividad de adultos mayores.

Carvalho et al. (20) desarrollaron una investigación sobre los efectos de la kinesiofobia en los adultos mayores, este estudio se realizó con 532 ancianos de los cuales 227 no eran kinesofobicos y 305 sí eran kinesofobicos, concluyendo que la kinesiofobia es un factor pronóstico muy importante, los adultos mayores que presenta kinesiofobia tienen un peor curso clínico de dolor lumbar clínico. Todos estos hallazgos determinan la importancia de detectar factores psicosociales en el abordaje a pacientes mayores que refieran dolor.

2.1.2. Antecedentes nacionales

En su investigación Tipula, (21) concluye que, en los pacientes con lumbalgia se encuentra una relación entre kinesiofobia e incapacidad funcional, así mismo se observa un alto nivel de kinesiofobia en pacientes con incapacidad funcional igual que el enfoque somático se ve reflejado debido al dolor y generando limitación funcional durante sus actividades de vida diaria ($p=0,002$).

En la investigación de Quispe (22), concluye que, la capacidad funcional está relacionada en personas mayores y su edad que presentan gonartrosis generando un rendimiento intermedio y bajo en la edad de 68 - 75 años. Asimismo, existe una relación entre capacidad funcional y el riesgo de caídas, pudiendo obtener que, a menor capacidad funcional del adulto mayor, mayor será el riesgo de caídas.

Jiménez et al. (23) realizó una investigación de tipo explicativo en el 2020 que tuvo como objetivo poder determinar la capacidad funcional, la depresión y la ansiedad de los adultos mayores en la municipalidad de Santa Clara, conformada por 69 ancianos, de los cuales el 31.9 % de ellos presenta entre 60 a 70 años y el 40.9 % presenta de 71 a 80 años, dentro de las capacidades funcionales, ansiedad y depresión el 97.1% presenta ausencia de incapacidad funcional y el 2.6 % de los ancianos presenta incapacidad funcional moderada, teniendo como resultado la relación del sexo femenino con mayor índice de depresión y ansiedad, así como la relación entre la independencia funcional y la no existencia de las redes de apoyo.

Peter de la Cruz et al. (24) el 2020 culminaron una investigación sobre la capacidad funcional, rigidez y dolor asociados a la kinesiofobia en pacientes con artrosis de rodilla, esta fue una investigación correlacional de tipo transversal, realizada con 88 pacientes y se llegó a la conclusión que la edad media de las personas evaluadas era de 66 años y el sexo con mayor frecuencia era el femenino con un 68,2 %, el grado de dificultad de las capacidades funcionales era del 61,4 % y el nivel de kinesiofobia era alto con un 60,2 %, hallando relación entre las variables, principalmente la capacidad funcional y la kinesiofobia de este modo se dice que cuanto más alto el grado de síntomas, existe mayor kinesiofobia ($p=0,01$).

La investigación de Herreras (25) desarrollado el 2019, con el objetivo de poder determinar la relación entre las diversas características sociodemográficas y la kinesiofobia en adultos mayores con alguna lesión inespecífica, dicha investigación es de tipo cuantitativo y de corte transversal. La muestra de la investigación fue de 210 adultos mayores, llegando a la conclusión que el 64.8 % son mujeres y el 35,2 % son varones, las edades con porcentaje de 47,6 % es de 65 a 70 años, con 27.6 % es de 71 a 75 años y finalmente el 24.8 % van desde los 76 hasta los 80 años para concluir mencionar que el 73.3 % presenta un nivel alto de kinesiofobia y el 26.7 % un nivel bajo ($p=0,05$).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Kinesiofobia

La kinesiofobia es una de las patologías que se tiene debido al miedo al dolor que pueda sentir en algunos movimientos y estos puedan llevar a una lesión, de esta manera limita al paciente en sus AVD y actividades sociales. (26)

Como su nombre lo indica Kine es igual al movimiento y fobia igual a miedo, con esto nos referimos al miedo que se tiene por el movimiento.

El problema generalmente aparece cuando el dolor que siente la persona es muy agudo y esta se convierte en una de las experiencias más traumáticas que la persona puede percibir,

de este modo el paciente evita mucho movimiento que provoca este dolor sin embargo se corre el riesgo de que este dolor se convierta en crónico debido a la falta de movimiento. (13)

2.2.2. Consecuencias de kinesiophobia

Una de las consecuencias del dolor es disminuir la actividad y permanecer en reposo, esto se debe a una respuesta fisiológica y protectora. Sin embargo, el reposo y la inmovilización es necesario en la primera etapa de la lesión que es la inflamación, esto ayudará en que disminuya la inflamación y se puede iniciar el proceso de regeneración de los tejidos, de esta manera poder iniciar con la fase aguda de la lesión que son las primeras 48 horas. (27)

Si dicha inmovilización es prolongada por más tiempo, los tejidos se empezarán atrofiar y por ende a perder masa muscular y de esta manera se aumentará el riesgo de que la lesión se vuelva crónica. (27)

2.2.3. Abordajes

En cuanto al abordaje se tiene que tener en cuenta que el dolor que se percibe no es el mismo dolor que presentan otras personas debido a que la percepción del dolor es distinta, de este modo la persona que evalúa debe analizar e identificar el grado de dolor que sufre la persona en cuanto a la relación con la lesión que se está pudo haber sufrido y poder adaptar una pauta de tratamiento, o poder derivarlo a un especialista correspondiente. (28)

Puntos importantes para poder tener un abordaje más complejo en el campo de la fisioterapia

Evaluación integral:

- ✓ Realiza una evaluación completa para comprender la fuente del miedo al movimiento.
- ✓ Identifica las percepciones del paciente sobre el dolor y la actividad física.

Educación:

- ✓ Proporciona información educativa sobre la relación entre el movimiento y la salud.
- ✓ Explica cómo la actividad física puede ayudar en la recuperación y reducción del dolor.
- ✓ Establecimiento de metas realistas:
- ✓ Colabora con el paciente para establecer metas alcanzables y progresivas.

- ✓ Divide las metas en pasos pequeños para facilitar la consecución y mejorar la confianza.

Terapia gradual de exposición:

- ✓ Implementa programas de ejercicios graduales que permitan al paciente enfrentarse al movimiento de manera progresiva.
- ✓ Utiliza técnicas de exposición gradual para reducir el miedo asociado con actividades específicas.

Entrenamiento en estrategias de afrontamiento:

- ✓ Enseña al paciente técnicas de relajación y estrategias de afrontamiento para gestionar el miedo y la ansiedad.
- ✓ Fomenta la atención plena para ayudar al paciente a estar presente durante las actividades físicas.

Refuerzo positivo:

- ✓ Proporciona refuerzo positivo y elogios cuando el paciente realiza actividades físicas sin experimentar dolor excesivo.
- ✓ Celebra los logros, incluso los pequeños, para aumentar la motivación.

Adaptación del programa de ejercicios:

- ✓ Personaliza los programas de ejercicios según las necesidades y capacidades individuales del paciente.
- ✓ Ajusta la intensidad y la duración de las actividades para evitar provocar miedo innecesario.

Comunicación abierta:

- ✓ Fomenta la comunicación abierta y honesta para abordar cualquier preocupación o miedo que pueda surgir durante el proceso de rehabilitación.
- ✓ Establece una relación de confianza con el paciente.

Trabajo multidisciplinario:

- ✓ Este punto se basa en el trabajo de todo el personal de salud con el objetivo principal de poder abordar los diversos aspectos que estén relacionados con la kinesiophobia.

Seguimiento continuo:

- ✓ Realiza un seguimiento regular para evaluar el progreso y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.
- ✓ Ajusta las metas a medida que el paciente gane confianza y supere el miedo al movimiento.

2.2.4. Complicaciones

Si el miedo que se tiene al movimiento es prolongado, esta puede afectar de forma considerada a la recuperación funcional perpetuando el dolor, de esta manera provocando grandes discapacidades y compensaciones que pueden generar mayor dolor en otras partes del cuerpo. (13)

Disminución de la función física:

- ✓ La evitación del movimiento puede llevar a la pérdida de fuerza, flexibilidad y resistencia, lo que contribuye a una disminución general de la función física.

Debilidad muscular:

- ✓ La falta de actividad puede derivar en la atrofia muscular, debilitando los músculos y afectando la capacidad para realizar tareas cotidianas.

Deterioro cardiovascular:

- ✓ La inactividad física puede contribuir al deterioro del sistema cardiovascular, aumentando el riesgo de enfermedades cardíacas y otros problemas circulatorios.

Aumento del dolor:

- ✓ La evitación del movimiento puede llevar a un aumento del dolor, ya que la falta de actividad puede contribuir al desarrollo de condiciones musculares y articulares.

Rigidez articular:

- ✓ La falta de movimiento puede resultar en rigidez articular, lo que limita la amplitud de movimiento y contribuye a la sensación de rigidez.

Problemas de postura:

- ✓ La evitación del movimiento puede conducir a problemas posturales, ya que los músculos y las estructuras de soporte no se utilizan y fortalecen adecuadamente.

Obesidad:

- ✓ La falta de actividad física puede contribuir al aumento de peso, lo que a su vez puede tener consecuencias negativas para la salud, como la obesidad y sus complicaciones asociadas.

Problemas de salud mental:

- ✓ La kinesiofobia puede tener un impacto significativo en la salud mental, contribuyendo a la ansiedad, la depresión y otros trastornos emocionales.

Aislamiento social:

- ✓ El miedo al movimiento puede llevar al aislamiento social, ya que las personas evitan participar en actividades sociales y recreativas por temor al dolor o la lesión.

Ciclo de dolor y evitación:

- ✓ La kinesiofobia puede contribuir a un ciclo de dolor y evitación, donde el miedo al dolor lleva a la evitación de actividades, lo que a su vez puede aumentar la sensibilidad al dolor. (26)

Impacto en la calidad de vida:

- ✓ En general, la kinesiofobia puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de una persona al limitar su participación en actividades diarias, recreativas y sociales. (26)

2.2.5. Capacidad funcional

Algunos aspectos de la capacidad funcional incluyen:

- ✓ **Capacidad física:** la habilidad para realizar actividades físicas como caminar, levantar objetos, mantener el equilibrio y realizar movimientos corporales básicos.

La capacidad funcional se refiere a la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria de manera independiente y efectiva. Esta capacidad abarca una amplia gama de habilidades y funciones, tanto físicas como mentales, que son necesarias para realizar tareas cotidianas. (7)

- ✓ **Capacidad cognitiva:** la capacidad mental para realizar tareas como la toma de decisiones, la resolución de problemas, la memoria y la atención.
- ✓ **Capacidad sensorial:** la capacidad de utilizar los sentidos (vista, oído, tacto, etc.) de manera efectiva para interactuar con el entorno.

- ✓ **Capacidad emocional:** la habilidad para manejar y expresar emociones de manera adecuada, así como para relacionarse con los demás de manera emocionalmente saludable.
- ✓ **Capacidad social:** la capacidad para participar en interacciones sociales de manera efectiva, comprendiendo las normas sociales y manteniendo relaciones interpersonales.

La pérdida de la capacidad funcional puede ocurrir debido al envejecimiento, lesiones, enfermedades crónicas u otros factores. Los profesionales de la salud, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y médicos, a menudo trabajan para evaluar y mejorar la capacidad funcional de las personas mediante intervenciones específicas y planes de tratamiento adaptados a las necesidades individuales. La rehabilitación y el entrenamiento pueden ser parte integral de la recuperación de la capacidad funcional en personas que han experimentado alguna limitación en sus habilidades. (29)

2.3. Definición de términos básicos

✓ **Habilidades:** se refiere a las capacidades o destreza que una persona tiene para llevar a cabo una tarea o realizar una actividad de manera efectiva. Las habilidades pueden ser adquiridas y perfeccionadas a través de la práctica, la experiencia y el aprendizaje. (30)

✓ **Actividad:** se refiere a la acción o conjunto de acciones que una persona realiza con un propósito específico. Puede implicar cualquier tipo de tarea, operación o movimiento que tenga un objetivo o que genere un resultado. Las actividades pueden abarcar una amplia gama de áreas, como la educación, el trabajo, el ocio, la recreación, la cultura, entre otras. (30)

✓ **Capacidad:** se refiere a la aptitud, habilidad o potencial que tiene una persona o cosa para desempeñar ciertas funciones o realizar determinadas actividades. Puede referirse a la capacidad física, mental o funcional de un individuo o a la capacidad de un objeto, sistema o entidad para realizar una tarea específica. (31)

✓ **Intervención:** acción de intervenir o interferir en una situación, proceso o problema con el propósito de cambiar, mejorar o influir en sus resultados. Este término se utiliza en una variedad de contextos, y su significado puede variar según el ámbito en el que se aplique. (30)

✓ **Inflamación:** es una respuesta del sistema inmunológico del cuerpo a lesiones, infecciones o irritaciones. Es un proceso biológico complejo diseñado para eliminar la causa inicial del daño celular, limpiar células y tejidos muertos o dañados, y comenzar el proceso de reparación. (31)

✓ **Movilidad:** se refiere a la capacidad de moverse o cambiar de posición de manera eficiente. Este término se utiliza en diversos contextos para describir la amplitud de movimiento de un objeto, una persona o un sistema. (32)

✓ **Compensaciones:** las compensaciones pueden referirse a los mecanismos que los organismos utilizan para contrarrestar cambios en su entorno o en su propio sistema interno, con el fin de mantener un equilibrio u homeostasis. (32)

✓ **Discapacidad:** la discapacidad se refiere a una condición física o mental que limita de manera sustancial la capacidad de una persona para realizar actividades cotidianas consideradas normales. Las discapacidades pueden ser de origen congénito, adquiridas o surgir a lo largo de la vida. Estas limitaciones pueden afectar diversas áreas, como la movilidad, la comunicación, la cognición, la visión, la audición, entre otras. (33)

CAPÍTULO III

Hipótesis y variables

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

H1: Existe relación entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

H0: No existe relación entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

3.1.2. Hipótesis específicas

1. Existe relación significativa entre la capacidad funcional y rangos de edad en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

2. Existe relación significativa entre el nivel de kinesiofobia y el sexo en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

3. Existe relación significativa entre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

3.2. Identificación de variables

Kinesiofobia

La kinesiofobia, definida como un miedo desproporcionado al movimiento y a la actividad física, surge del perfil emocional y psicológico de los pacientes con artrosis de rodilla como resultado de una sensación de vulnerabilidad debido a una lesión dolorosa previa relacionada con su bagaje de creencias, expectativas y experiencias. y representa un obstáculo potencial y posible elemento de cronificación del dolor y perpetuación de la enfermedad. (24)

Capacidad funcional

Determinar las capacidades que presenta una persona para la realización de diferentes y varias actividades básicas de vida diaria con el objetivo primordial de poder determinar el grado de dependencia que la persona presenta con la finalidad de que estas estén orientadas al cuidado del mismo, y a la independencia, dándole mejor calidad de vida y salud. (34)

CAPÍTULO IV

Metodología

4.1. Métodos, tipo y nivel de la investigación

4.1.1. Método de la investigación

El método de investigación científica según Hernández et al. (35), tiene como enfoque el cuantitativo debido a que se encuentran diversos valores objetivos por el cual se comprueban las hipótesis planteadas aplicando el análisis estadístico.

4.1.2. Tipo de la investigación

Según Hernández et al. (35), El tipo de investigación es básica de corte transversal debido a que nos contribuye con la ejecución de nuevos conocimientos y teorías.

4.1.3. Nivel de la investigación

Según Hernández et al. (35), esta investigación es descriptiva correlacional debido a que nuestra población es evaluada en un solo tiempo y se busca relación entre nuestras variables.

4.2. Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación es no experimental, de corte transversal, con la población elegida a la que se realizan las evaluaciones y recolección de datos en un tiempo determinado para la valoración de las variables elegidas, en el mismo tiempo que se realiza el estudio, para su respectivo análisis e interpretación de los resultados para dar a conocer los logros.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

Nuestra población cuenta con 200 adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac del año 2023, dicha población está registrada en la base de datos de la municipalidad de Chupaca, del área del CIAM-Pensión 65. (N=200)

4.3.2. Muestra

La técnica empleada para la realización del proyecto es aleatoria simple y la muestra estará constituida por todos los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac que cumplan con los diversos criterios de inclusión.

$$n = \frac{Z^2 \times P(1 - P)N}{E^2(N - 1) + Z^2 \times P(1 - P)}$$

Se tendrá una población finita de 200 adultos mayores donde se emplea la fórmula, obteniendo 120 adultos mayores como nuestra final (n=120).

A) Criterios de inclusión

- Ser pertenecientes a los distritos de Chupaca y Huáchac.
- Tener 60 años a más.
- Haber aceptado el consentimiento informado
- Pacientes que desean participar en el estudio.
- Adultos mayores sin diagnósticos psiquiátricos.

B) Criterios de exclusión

- Adultos mayores con diagnósticos psiquiátricos.
- Pacientes con enfermedades neurodegenerativas.
- Adultos mayores que no reciben pensión 65.
- Pacientes postrados.
- Adultos mayores incapaces de poder responder las premisas de los cuestionarios.
- No encontrarse en el proceso de la toma de datos.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1. Técnicas de recolección de datos

✓ Se usó la encuesta como técnica de recolección de datos porque es adecuada y es una de las técnicas más reconocidas y fácil de usar.

✓ Se realizó la encuesta a los adultos mayores y esto se dio en una reunión general.

- ✓ Se solicitó una reunión con los adultos mayores en el área de CIAM-Pensión 65.
- ✓ En la reunión se les explicó sobre el consentimiento informado, después se pasó a la firma de este por los adultos mayores que asistieron a la reunión.
- ✓ Se reunió a todos los adultos mayores en una fecha y hora específica.
- ✓ Se comenzó a dar la información del caso, específicamente sobre la investigación (como el título, objetivos, definición de algunas variables) y el consentimiento informado.
- ✓ Seguidamente explicamos con más detalle sobre nuestros instrumentos, el cómo se realiza la evaluación de cada instrumento y el tiempo utilizado.
- ✓ Finalmente se leyó nuevamente todo el consentimiento informado y de este modo ellos firmaron el consentimiento informado y se empezó con la evaluación.
- ✓ Se finalizó con la recolección de cuestionarios inmediatamente después de evaluar.

4.4.2. Instrumento de recolección de datos

The Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK)

A. Diseño

El primer instrumento tiene como nombre The Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) este instrumento principalmente valora el miedo relacionado al dolor este instrumento consta de 11 ítems con una escala de Likert de cuatro puntos y esta se dividirá en 2 subescalas.

La primera escala está enfocada en prevenir el esfuerzo físico que realiza por el miedo a lesionarse o empeorar el dolor que serán las preguntas 1, 2, 7, 9, 10, 11, La segunda sub escala valorará el enfoque de algunos problemas médicos de suma importancia que pueda tener la persona, esta escala se basada específicamente en 4 tipos de miedo, el primero el miedo a moverse durante un trabajo, el miedo a moverse y el miedo a seguir lesionándose.

El mayor puntaje obtenido será 44 puntos y el menor de 11 puntos. El puntaje que se obtendrá entre 11 a 27 significa que el paciente presenta un bajo nivel de kinesofobia, por ende, si el puntaje oscila entre 28 y 44 significa que el paciente presenta un alto nivel de kinesiofobia.

B. Confiabilidad

La confiabilidad es entendida como aquella capacidad que tiene el instrumento para poder obtener los mismos resultados bajo una misma condición.

La confiabilidad del The Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) fue alta debido a que muchos estudios lo demuestran debido a que presentó un alfa de Crombrach de 0.905. (21)

C. Validez

Para la validación del instrumento, se sometió a evaluación con tres expertos.

- Sergio David Bravo Cucci
- Andrea Nataly Inga Camacuri
- Mabel Sarango Julca

Esté instrumentó será aplicado en toda la población estudiada que son los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

El índice de Barthel

A. Diseño

El segundo instrumento que se usó fue el índice de Barthel que consta de 10 parámetros y cada parámetro tiene alrededor de 2 a 3 preguntas cuyas puntuaciones variaron de acuerdo al grado de dificultad de las preguntas, pero al finalizar para poder determinar el grado de dependencia se dividió en 4, el primero con menos de 20 puntos presentó una dependencia total, de 20-35 puntos presentó una dependencia grave, de 40-55 puntos presentará una dependencia moderada de 56 a 60 una dependencia leve y finalmente si cuenta con 100 puntos es totalmente independiente.

B. Confiabilidad

El índice de Barthel demostró tener un adecuado estudio clínico obteniendo un 0,96-0,98 en Alpha de Cronbach. (36)

C. Validez

Para la validación del instrumento, se sometió a evaluación con tres expertos.

- Sergio David Bravo Cucci
- Andrea Nataly Inga Camacuri
- Mabel Sarango Julca

Esté instrumentó será aplicado en toda la población estudiada que son los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

4.5. Técnica de análisis de datos

Para poder analizar los datos principalmente se utilizó la estadística descriptiva. De esta manera también se pudo organizar, calcular los diversos parámetros básicos y se logró describir de forma cuantitativa. Los datos obtenidos se podrán representar en tablas, diagramas entre otras con la finalidad de poder encontrar respuesta a nuestra pregunta general y objetivos.

4.6. Consideraciones éticas

En nuestra investigación, la información obtenida se utilizó específicamente con fines educativos, manteniendo la protección y la confiabilidad de los datos de los adultos mayores, dichos datos no fueron divulgados a otras personas que no estén dentro del trabajo de investigación.

De este modo a la población se le explicó sobre el proceso de la aplicación del instrumento y la recolección de la información, después de ello si el participante estuvo de acuerdo con la evaluación, firmó el consentimiento para poder obtener los datos, poder comenzar con la evaluación y para finalizar se les recalco que es muy importante que los datos obtenidos son salvaguardados.

En cuanto a las normas del Comité de Ética principalmente tendremos la Declaración de Helsinki:

- Velar por el paciente en cuanto a la mejor atención
- Comprometer la evolución, la causa y los efectos de las enfermedades y de este modo mejorar las intervenciones de diagnóstico, las preventivas y el tratamiento
- Estamos sujetos a las diversas normas éticas que tienen fin principal de asegurar y promover a todos los seres humanos de este modo protegiendo la salud y los derechos.
- El objetivo principal de la investigación fue poder generar nuevos conocimientos, estos objetivos no deben sobrepasar los derechos e interés de la persona que estuvo en la investigación
- Dentro de los objetivos principales se tiene que se tuvo que proteger la salud, la vida, la dignidad, el derecho, la integridad, la autodeterminación, la confidencialidad y la intimidad de todas a aquellas personas que participan en la investigación.
- Se debe considerar las normas y los estándares legales, éticos y jurídicos para realizar la investigación en seres humanos.
- La investigación realizada no causó el mínimo daño dentro del medio ambiente.

- Toda la población investigada tuvo acceso a la investigación
- Se consideró compensación y tratamiento apropiado para todas aquellas personas que pudieron ser dañadas durante su participación en la investigación.

CAPÍTULO V

Resultados y discusión

5.1. Presentación de resultados

Los resultados de esta investigación se presentan en tablas y gráficos, estos datos fueron recolectados por medio de nuestros instrumentos con una muestra de 120 adultos mayores.

Tabla 1. Sexo de los adultos mayores

| | | Fi | hi% |
|--------|-----------|-----|--------|
| Válido | Femenino | 84 | 70,0 % |
| | Masculino | 36 | 30,0 % |
| | TOTAL | 120 | 100,0 |

Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la Tabla 1, se observa que de los 120 pobladores evaluados 84 de ellos representa el 70 % son de sexo femenino y solo 36 representado en 30 % son de sexo masculino.

Tabla 2. Rangos de edad de los adultos mayores

| | | Fi | hi% |
|--------|-----------------|-----|--------|
| Válido | 60 - 69 | 5 | 4,2 % |
| | 70 - 79 | 65 | 54,2 % |
| | 80 - 89 | 49 | 40,8 % |
| | 90 - a más años | 1 | 0,8 % |
| | Total | 120 | 100,0 |

Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la tabla 2, observaremos que dentro de los rangos de edades de 70-79 se tiene 65 adultos mayores que equivale a 54,2 %, en los rangos de edades de 80-89 tenemos 49 adultos

mayores equivalente a 40,8 %, en los rangos de edad de 60-69 se tiene 5 adultos mayores representado en 4,2 % y finalmente de 90 a más años se tiene solo 1 adulto mayor representado en 0,8.

Tabla 3. Nivel de dolor de los adultos mayores

| | | fi | hi% |
|--------|----------|-----|---------|
| Válido | Leve | 36 | 30,0 % |
| | Moderada | 53 | 44,2 % |
| | Intenso | 31 | 25,8 % |
| | TOTAL | 120 | 100,0 % |

Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la Tabla 3 podemos observar el nivel de dolor que presentaban los adultos mayores, 53 presentaban dolor moderado representado en 44,2 %, 36 de los adultos presentaban un dolor leve representado en un 30 % y finalmente 31 de ellos presentaron un dolor intenso representado por un 25,8 %.

Tabla 4. Nivel de kinesiofobia de los adultos mayores

| | | fi | hi% |
|--------|----------------------------|-----|---------|
| Válido | Bajo nivel de Kinesiofobia | 33 | 27,5 % |
| | Alto nivel de Kinesiofobia | 87 | 72,5 % |
| | TOTAL | 120 | 100,0 % |

Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la Tabla 4, se observa los valores obtenidos del nivel de kinesiofobia en los adultos mayores, de los cuales 87 adultos mayores representando un 72,5% tienen un nivel alto de kinesiofobia y solo 33 de ellos representado en un 27,5 % presentan bajo nivel de kinesiofobia.

Tabla 5. Capacidad funcional de los adultos mayores

| | | fi | hi% |
|--------|----------------------|-----|---------|
| Válido | Dependencia severa | 19 | 15,8 % |
| | Dependencia moderada | 61 | 50,8 % |
| | Dependencia escasa | 31 | 25,8 % |
| | Independencia | 9 | 7,5 % |
| | TOTAL | 120 | 100,0 % |

Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la Tabla 5 podemos observar los datos obtenidos sobre la capacidad funcional de los adultos mayores de los cuales 61 adultos mayores representado en un 50,8 % presentan una dependencia moderada, 31 adultos mayores representado por 25,8 % presentan dependencia escasa, 19 de ellos representado en 15,8 % presentan dependencia severa y finalmente 9 de ellos representado con un 7,5 % son independientes.

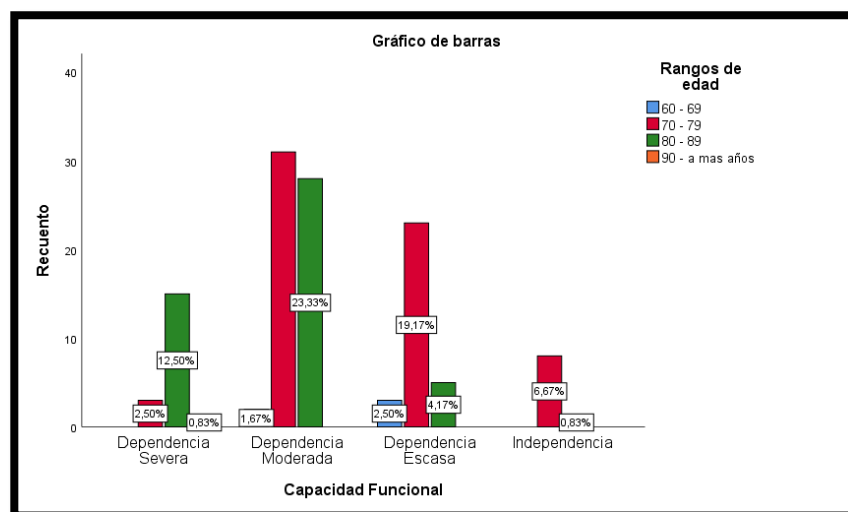
Tabla 6. Capacidad funcional y rangos de edad

| | | 60-69 | | 70-79 | | 80-89 | | 90- a más años | | Total | |
|---------------------|----------------------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|----------------|-------|-------|--------|
| | | Fi | hi % | fi | hi % | fi | hi % | fi | hi % | Fi | hi % |
| Capacidad funcional | Dependencia severa | 0 | 0,0 % | 3 | 2,5 % | 15 | 12,5 % | 1 | 0,8 % | 19 | 15,8 % |
| | Dependencia moderada | 2 | 1,7 % | 31 | 25,8 % | 28 | 23,3 % | 0 | 0,0% | 61 | 50,8 % |
| | Dependencia escasa | 3 | 2,5 % | 23 | 19,2 % | 5 | 4,2 % | 0 | 0,0% | 31 | 25,8 % |
| | Independencia | 0 | 0,0 % | 8 | 6,7 % | 1 | 0,8 % | 0 | 0,0% | 9 | 7,5 % |
| Total | | 5 | 4,2 % | 65 | 54,2 % | 49 | 40,8 % | 1 | 0,8% | 120 | 100 % |

Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la Tabla 6 podemos observar los datos obtenido de la capacidad funcional y los rangos de edad que tienen los adultos mayores en cuanto a las edades de 60-69, 3 presentan dependencia escasa, 2 dependencia moderada, en las edades de 70-79 tenemos 3 que presentan dependencia severa, 31 dependencia moderada, 23 dependencia escasa y finalmente 8 si son independientes, en cuanto al rango de edad de 80-89 años 15 de ellos presenta dependencia severa, 28 dependencia moderada, 5 dependencia escasa y 1 independencia, finalmente entre los 90 a más años solo 1 presenta dependencia severa.

Figura 1. Capacidad funcional y rangos de edad.



Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la figura 1 se muestra los porcentajes en cuanto a la dependencia severa entre las edades de 70-79 se tiene 2,5 %, entre el rango de edad de 80-89 se tiene 12,5 % y de 90 a más

años solo 0,83 % en cuanto a la dependencia moderada entre las edades de 60-69 años se tiene 1,67 % y 23,3 % entre las edades de 80-89 años, en la dependencia escasa se tiene 2,5 % entre las edades de 60-69 , 19,17 % entre las edades de 70-79 años y finalmente con la independencia se tiene 6,67 % entre las edades de 70-79 y finalmente 0,83 % en las edades de 80-89 años.

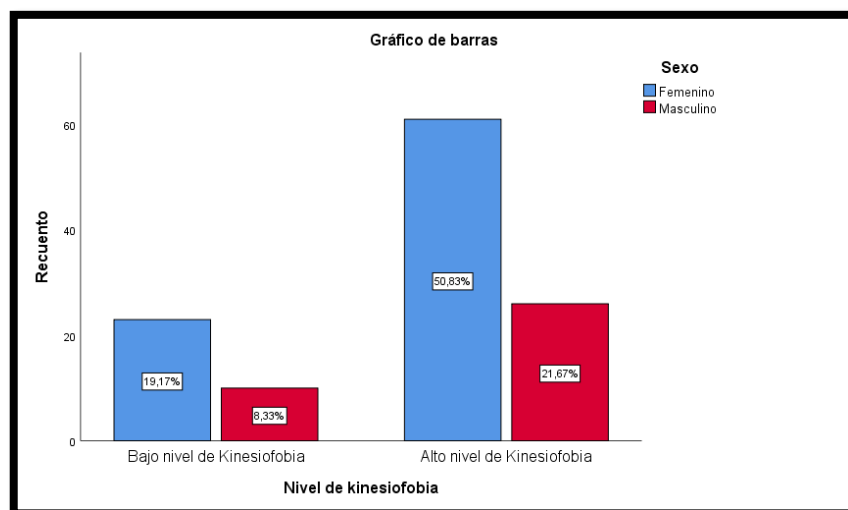
Tabla 7. Nivel de kinesiofobia y el sexo en el adulto mayor

| | | Sexo | | | | Total | |
|-----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------|--------|-------|---------|
| | | Femenino | | Masculino | | Fi | hi % |
| | | fi | hi % | fi | hi % | | |
| Nivel de kinesiofobia | Bajo nivel de kinesiofobia | 23 | 19,2 % | 10 | 8,3 % | 33 | 27,5 % |
| | Alto nivel de kinesiofobia | 61 | 50,8 % | 26 | 21,7 % | 87 | 72,5 % |
| Total | | 84 | 70,0 % | 36 | 30,0 % | 120 | 100,0 % |

Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la tabla 7 se obtuvieron datos del nivel de la kinesiofobia y el sexo, en cuanto al sexo femenino 84 mujeres de la cuales 23 presentan bajo nivel de kinesiofobia y 61 un nivel alto de kinesiofobia, se tiene 36 adultos mayores del sexo masculino de los cuales 10 presentan un nivel bajo de kinesiofobia y 26 un nivel alto de kinesiofobia.

Figura 2. Nivel de Kinesiofobia y el sexo.



Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la Figura 2 observamos de manera porcentual entre el sexo y el nivel de kinesiofobia, en cuanto a las mujeres el 50,83 presentan un nivel alto de kinesiofobia y 19,17 un nivel bajo, en el sexo masculino observaremos que el 21,67 % presentan un nivel alto de kinesiofobia y 8,3 % un nivel bajo de kinesiofobia.

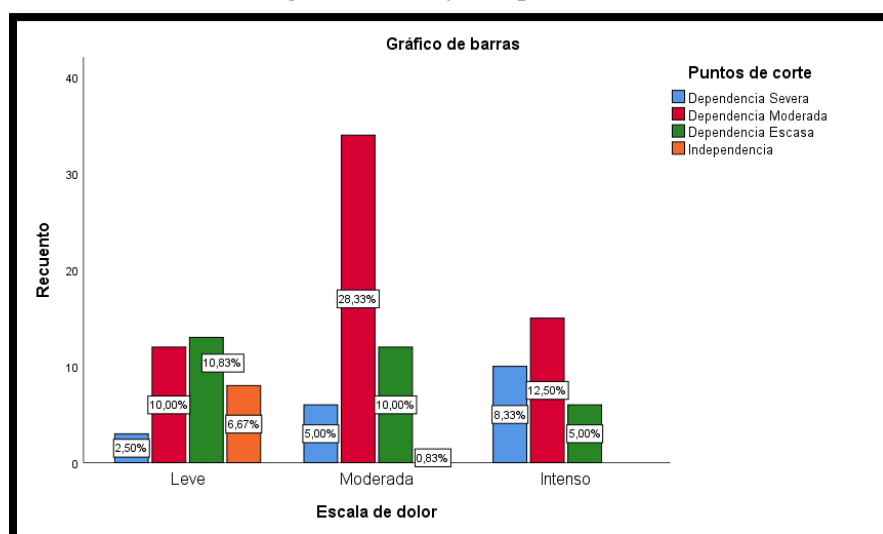
Tabla 8. Dolor y la capacidad funcional del adulto mayor

| | | leve | | Moderada | | Intensa | | Total | |
|-------------|----------------------|------|--------|----------|--------|---------|--------|-------|-------|
| | | fi | hi % | Fi | hi % | fi | hi % | fi | hi % |
| Dependencia | Dependencia severa | 3 | 2,5 % | 6 | 10,0 % | 10 | 10,8 % | 19 | 6,7 % |
| | Dependencia moderada | 12 | 5,0 % | 34 | 28,3 % | 15 | 10,0 % | 61 | 0,8 % |
| | Dependencia escasa | 13 | 8,3 % | 12 | 12,5 % | 6 | 5,0 % | 31 | 0,0 % |
| | Independencia | 8 | 15,8 % | 1 | 50,8 % | 0 | 25,8 % | 9 | 7,5 % |

Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la tabla 8 se observan los datos obtenidos en cuanto al dolor y la capacidad funcional del adulto mayor, son 19 pacientes que presentan dependencia severa de los cuales 3 presentan dolor leve, 6 dolor moderado y 10 intenso, en cuanto a la dependencia moderada fueron 61 adultos mayores 34 de ellos presentan dolor moderado, 14 dolor intenso y 12 dolor leve, en cuanto al ítem de la dependencia escasa se tuvieron 31 adultos de los cuales 13 presentan dolor leve, 12 moderado y 6 intenso, finalmente en la capacidad funcional independiente solo fueron 9 adultos mayores de los cuales 8 presentaron dolor leve y 1 dolor moderado.

Figura 3. Dolor y la capacidad funcional.



Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En cuanto al dolor leve se tiene que el 2,5 % de los adultos mayores presentan dependencia severa, el 10 % dependencia moderada, el 10,83 % dependencia escasa y finalmente el 6,67 % presentan independencia, en cuanto al dolor moderado 5 % presenta dependencia severa, e 28,33 % dependencia moderada, el 10 % dependencia escasa y el 0,83 % son independientes y finalmente con el dolor intenso el 8,3 % presenta dependencia severa, 12,5 % dependencia moderada y el 5 % dependencia escasa.

5.2. Pruebas de hipótesis

5.2.1. Prueba de la hipótesis general

H_0 : No existe relación significativa entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

H_1 : Existe relación significativa entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

Tabla 9. Prueba de Chi cuadrado entre la kinesiofobia y la capacidad funcional.

| | Valor | df | Significación asintótica |
|-------------------------|---------|----|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 32,872a | 3 | 0,000 |
| Razón de verosimilitud | 31,747 | 3 | 0,000 |
| N de casos válidos | 120 | | |

Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la Tabla 9 se puede observar los resultados de la prueba de Chi cuadrado entre la kinesiofobia y la capacidad funcional teniendo como resultado $p = 0,000$ y esta es menor a $\alpha = 0,05$, de esta forma se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, teniendo como resultado relación entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac.

5.2.2. Prueba de hipótesis específica

H_0 : No existe relación significativa entre la capacidad funcional y el rango de edad en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

H_1 : Existe relación significativa entre la capacidad funcional y el rango de edad en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

Tabla 10. Prueba de chi cuadrado entre la capacidad funcional y rango de edad

| | Valor | df | Significación asintótica |
|-------------------------|---------|----|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 32,172a | 9 | 0,000 |
| Razón de verosimilitud | 33,269 | 9 | 0,000 |
| N de casos válidos | 120 | | |

Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la Tabla 10 se muestran los resultados de la prueba de Chi cuadrado de Person, teniendo como resultado un nivel de significancia $p = 0,000$ por lo cual esta es menor a $\alpha = 0,05$, de este modo se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, teniendo como resultado que si existe relación entre la capacidad funcional y el rango de edad en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac.

5.2.3. Prueba de hipótesis específica

H_0 : Existe relación significativa entre el nivel de kinesiofobia y el género en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

H_1 : No existe relación significativa entre el nivel de kinesiofobia y el género en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

Tabla 11. Prueba de chi cuadrado entre kinesiofobia y el sexo

| | Valor | df | Significación asintótica |
|-------------------------|--------------------|----|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 0,002 ^a | 1 | 0,964 |
| Razón de verosimilitud | 0,002 | 1 | 0,964 |
| N de casos válidos | 120 | | |

Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la Tabla 11 observamos los resultados de la prueba de chi cuadrado entre la kinesiofobia y el sexo teniendo como resultado $p = 0,964$ y esta es mayor a $\alpha = 0,05$ de este modo se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna ya que no existe relación significativa entre el nivel de kinesiofobia y el sexo en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac.

5.2.4. Prueba de hipótesis específica

H_0 : Existe relación significativa entre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

H_1 : Existe relación significativa entre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

Tabla 12. Prueba de chi cuadrado entre el dolor y la capacidad funcional.

| | Valor | df | Significación asintótica |
|-------------------------|---------------------|----|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 28,437 ^a | 6 | 0,000 |
| Razón de verosimilitud | 27,269 | 6 | 0,000 |
| N de casos válidos | 120 | | |

Fuente: elaboración propia a partir del SPSS 25.

En la Tabla 12 se puede observar los resultados obtenidos de la prueba de chi cuadrado de Person teniendo como resultado $p = 0,000$ de este modo es menor a $\alpha = 0,05$, por ello es que se aceptará la hipótesis alterna y se rechazará la hipótesis nula, de este modo se tiene como resultado la relación entre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac.

5.3. Discusión de resultados

Con esta investigación se tuvo como finalidad de encontrar la relación entre la kinesofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023 y con los resultados ya obtenido encontramos relación entre la kinesofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac con un p-valor de 0,000, también se sabe que en cuanto al sexo con mayor predominancia es el sexo femenino con un 70 % y 30 % el sexo masculino, coincidiendo también con la investigación de Comachio este debido a que el también encontró mayor prevalencia en mujeres en cuanto a su investigación con un 69 %, de la misma forma con la investigación de Golbder quien también su población fue representado por las mujeres con 73.5 % quienes también presentaron que el nivel medio de la kinesofobia fue bajo teniendo un P valor de 0,972 en cuanto a la intensidad de dolor se presentó un OR=1,22 (37,38).

Al evaluar las edades correspondientes dentro de las edades con mayor prevalencia que presentó nuestra investigación es de 70-79 años con un 54,2 % coincidiendo con la investigación de López et al. ya que ellos también tuvieron mayor prevalencia en este rango de edad sin embargo presento un $p= 0,75$ donde no se encontró una asociación significativa entre el nivel de la kinesofobia y la capacidad funcional. (14)

Por otra parte, en cuanto al nivel de dolor que presentaron los adultos mayores se encontró mayor prevalencia en el dolor moderado con un 44,2 % coincidiendo también con la investigación de Penny que también encontró mayor prevalencia en cuanto al dolor moderado que presenta su población. (39)

En cuanto al nivel de kinesofobia que presenta nuestra investigación, nuestra población presenta un nivel alto de kinesofobia con un 72,5 % coincidiendo con la investigación de Gonzales et al. quien expone en su investigación que también su población evaluada presenta un nivel de kinesofobia alto representado con un 71,9 % . (40)

Se discrepa con la investigación de Ishak debido a que en su investigación se encontró menor prevalencia en el nivel de kinesofobia con un 52,4 % al igual que en la investigación de Benatto que encontró niveles altos de kinesofobia pero solo un 53 % . (42, 41)

Por otro lado, en cuanto a la capacidad funcional de nuestros adultos mayores encontramos mayor prevalencia en la dependencia moderada con 50,8 % discrepando con la investigación de Gonzales et al., debido a que él presenta mayor población con dependencia moderada con un 70 % . (40)

En cuanto a la capacidad funcional y el rango de edad en nuestra investigación se encontró una relación positiva $p= 0,000$ a diferencia de la investigación de Arroyo quien discrepa con nuestra investigación debido a que en esta investigación se encontró un resultado

negativo con un $p= 0.002$, al igual que en la investigación de Delgado quien también encontró una significancia negativa en la relación entre la capacidad funcional y el rango de edad con un $p=0.677$. (43, 44)

Asimismo en la investigación de Tulipa (21), se encontró relación entre la kinesofobia y la capacidad funcional con una significancia de $p=0,000$, al igual que en nuestra investigación de este modo se aceptó la hipótesis alterna dándonos una relación entre la kinesofobia y la capacidad funcional en el adulto mayor de la provincia de Chupaca.

En cuanto a la kinesofobia y el sexo no se encontró significancia ni relación entre estas variables, de este modo también concordamos con la investigación de Herreras que no encontró relación dística entre el sexo y la kinesofobia ($p=0.05$). (25)

Conclusiones

1. Se ha identificado que existe relación entre la capacidad funcional y el rango de edad en adultos mayor de los distritos de Chupaca y Huáchac con un $p=0,00$, debido a que se encontró mayor dependencia moderada en los adultos mayores de 70 a 79 años, de este modo se sabe que 28 de los adultos mayores evaluados presentan dependencia moderada, 5 dependencia escasa y 1 independencia completa en relación a los rangos de edad en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.
2. En cuanto a la kinesiofobia y el género se determinó que no existe relación entre el nivel de kinesiofobia y el género en adultos mayores en los distritos de Chupaca y Huáchac con un $p= 0,964$ en cuanto a los al género masculino solo 26 de los evaluados presentan altos niveles de kinesiofobia de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.
3. Con respecto al dolor y la capacidad funcional se encontró relación significativa entre el dolor y la capacidad funcional del adulto mayor con un $p=0,000$, en cuanto a la capacidad funcional el 25,8 % presentan dependencia escasa, 50,8 % dependencia moderada, 15,8 % dependencia severa y solo 7,5 % independencia en los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.
4. En esta investigación se encontró que las mujeres adultas mayores presentan un alto nivel de kinesiofobia en comparación a los adultos mayores masculinos como así que, en gran mayoría los adultos mayores presentan dependencia moderada y severa en relación con el miedo al movimiento en los distritos de Chupaca y Huáchac, 2023.

Recomendaciones

1. Al personal que trabaje específicamente con adultos se le recomienda concientizar sobre la disminución de la capacidad funcional de acuerdo con la edad progresiva en adultos mayores de Chupaca y Huáchac, como prevenirlas con estrategias en la salud pública y la intervención eficaz del equipo de salud.
2. Obteniendo todos los resultados, se recomienda que, en las próximas investigaciones, se tome cuenta la presente como guía y poder cambiar las variables utilizadas debido a que no se encontró relación entre la kinesofobia y el género en adultos mayores, de esta manera poder realizarla con niveles de investigación más altos.
3. A los próximos investigadores se recomienda adicionar mayores tests con diversos enfoques biopsicosociales, tests actualizados del dolor y la capacidad funcional, de esta forma poder concientizar a los familiares sobre la disminución de la discapacidad funcional de acuerdo al dolor en adultos mayores de Chupaca y Huáchac, 2023.
4. Se recomienda a evaluadores y a investigadores futuros, que se enfoquen específicamente en la evaluación de kinesiofobia en mujeres adultas mayores debido a que este sexo presenta un alto nivel de kinesiofobia.
5. Se sugiere realizar charlas y proyectos para implementar estrategias sobre la kinesiofobia en todos los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huáchac con enfoques de actividades de vida diaria con la finalidad que toda la población participe.
6. Se sugiere generar un acuerdo con las redes de apoyo y las municipalidades distritales de Chupaca y Huáchac para estar más inmersos en la prevención de la funcionalidad global del adulto mayor para así mejorar su calidad de vida.
7. Acrecentar campañas de salud en atención integral con actividades físicas, sociales y psicológicas en el adulto mayor de Chupaca y Huáchac.
8. Se recomienda que en investigaciones futuras se persista valorar la relación entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en los adultos mayores con revisiones bibliográficas y expandir la cantidad de población evaluada, como también agregar más dimensiones para tener resultados más exactos.
9. Finalmente, se recomienda crear una guía práctica para el trabajo de la kinesiofobia en adultos mayores y de esta manera otros profesionales de salud al igual que nosotros pongan en práctica dichas estrategias.

Referencias bibliográficas

1. Céspedes Quiñonez VD, Laguado Jaimes E. Análisis del concepto de Vejez, por el método Walker y Avant. *Cult los Cuid.* 2023;(66):228–42.
2. OMS. Educación para la salud. 2022;4.
3. Sosa GB, Barrios AMI. Valoración biopsicosocial del adulto mayor desde un enfoque bioético en una población Cubana. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2012;28(4):630–48.
4. OMS. Envejecimiento. 2022; Available from: https://www.who.int/es/health-topics/ageing#tab=tab_1
5. Castro Alicia. Políticas Saludables para Adultos Mayores en los Municipios [Internet]. 2004. 70 p. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/812_MS-PROM-CPS12.pdf
6. Cafagna M, Aranco N, Ibararán P, Oliveri LM, Medellín N SMW. Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y El Caribe. 2019;
7. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M. Funcionalidad y personas mayores : ¿ dónde estamos y hacia dónde ir ? 2022;1–6.
8. Informática IN de E. En el Perú existen más de cuatro millones de adultos mayores. *Inst Nac Estadística e Informática* [Internet]. 2020;121:25–6. Available from: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/#:~:text=En 44 de cada 100,y más años de edad.>
9. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. El 39 , 6 % de los hogares del país tiene entre sus integrantes a una persona de 60 y más años de edad en el primer trimestre del 2023. 2023;9–10.
10. Vulnerables. M de la M y P. Pautas e interrogantes del Centro de Ayuda del Adulto Mayor (CIAM).
11. Cuyul Vásquez I, Araya-Quintanilla F. Influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor musculoesquelético: una revisión de la literatura. *Rev la Soc Esp del Dolor.* 2019;26(1):44–51.
12. Santiago Y. Kinesiofobia, miedo al movimiento debido al dolor. 2021;
13. Martín Núñez J. Relación entre kinesiofobia , capacidad al ejercicio y funcionalidad en pacientes con Parkinson y congelación de la marcha. 2021;
14. Suárez K, Couoh A, PérezE, Tun J, BarreroC. Relación entre kinesiofobia y capacidad funcional del adulto mayor con osteoartritis de rodilla. *Ciencia y Humanismo en la*

- Salud [Internet]. 2021;8(1):45–55. Available from: <https://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciahumanismo/article/view/165>
15. Reza V, Snapp P, Dalam E, Di IMA, Socialization A, Cadger OF, et al. Nivel de dolor y su relación con la kinesiophobia en personas de 61 a 70 años en las provincias de Carchi e Imbabura. *Bussiness Law binus* [Internet]. 2020;7(2):33–48. Available from: http://repository.radenintan.ac.id/11375/1/PERPUS_PUSAT.pdf%0Ahttp://business-law.binus.ac.id/2015/10/08/pariwisata-syariah/%0Ahttps://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results%0Ahttps://journal.uir.ac.id/index.php/kiat/article/view/8839
 16. Reina Varona Á, Encinas González D, Otero Lucas Ó. Relación de las variables de catastrofismo y autoeficacia con la intensidad del dolor, la función y la discapacidad en pacientes de artrosis de rodilla y cadera: una revisión sistemática. *J MOVE Ther Sci*. 2022;4(2):442–57.
 17. Vanessa Alpalhão, Nuno Cordeiro PP-C. Kinesiophobia and Fear Avoidance in Older Adults: A Scoping Review on the State of Research Activity.
 18. Bäck M, Caldenius V, Svensson L, Lundberg M. Perceptions of Kinesiophobia in Relation to Physical Activity and Exercise after Myocardial Infarction: A Qualitative Study. Vol. 100, *Physical Therapy*. 2020. p. 2110–9.
 19. Kinesiophobia Predicts Physical Function and Physical Activity Levels in Chronic Pain-Free Older Adults.
 20. Felicio DC, Elias Filho J, Pereira DS, Queiroz BZ de, Leopoldino AAO, Rocha VTM, et al. The effect of kinesiophobia in older people with acute low back pain: longitudinal data from Back Complaints in the Elders (BACE). *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021;37(12). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021001205007&tIng=en
 21. Tipula M. “Kinesiophobia E Incapacidad Funcional En Pacientes Con Lumbalgia Del Centro De Rehabilitación Física Neurológica - Cerfineuro, 2021.” *Repos Inst - WIENER* [Internet]. 2018;1(2):1–61. Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3722%0Ahttp://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1471>
 22. Quispe Chacón BM. Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores con gonartrosis del hospital de rehabilitación del Callao, 2019. *Repos Inst*

- [Internet]. 2021; Available from: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3151469>
23. Jiménez-Puig E, Fernández-Fleites Z, Broche-Pérez Y, León-Ramos JC, Rodríguez-Carvajal G, Rodríguez-Martín R, et al. Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión en una muestra de adultos mayores de Santa Clara. *Noved en Población/CEDEM* [Internet]. 2021;17(33):223–44. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=153201103&site=ehost-live>
 24. De la Cruz-Pérez JP, Camacho-Conchucos HT. Pain, Stiffness and Functional Capacity Associated with Kinesiophobia in Patients with Knee Osteoarthritis, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Peru. *Rev Ciencias la Salud*. 2022;20(2):1–12.
 25. José HHV. Asociación de características sociodemográficas y nivel de kinesiophobia en el adulto mayor con lumbalgia crónica inespecífica en un hospital de cañete 2019. Tesis. 2019;1–302.
 26. García Martínez A, Such Sanz A, Giménez Costa M. Análisis de la relación entre los conocimientos y el miedo evitación del fisioterapeuta. *Multidiscip Pain J* [Internet]. 2023; Available from: <https://gestoreditorial.mpainjournal.com/fichaArticulo.aspx?iarf=221682762-747237412279>
 27. Yamada AS, Simon D, Antunes FTT, Say KG, Souza AH d. Psychosocial factors associated with disability in patients with non-specific chronic low back pain: A cross-sectional study. *Rehabilitación* [Internet]. 2023 Apr;57(2):100750. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0048712022000779>
 28. Antonio José González Jiménez MJLM. Investigación educativa y salud transcultural en contextos multiculturales. Jiménez AG, editor. 2016.
 29. Comín M, Magallón R, García-campayo J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. 2013;24(2):69–73.
 30. Alonso A. *Diccionario Enciclopédico*. 2nd ed. 2013; 1016 p.
 31. Castelo Montero M. Errores Comunes en Medicina de Urgencia. In: *Diccionario comentado de terminos financieros ingleses de uso frecuente en español*. Segunda. Barcelona: 2021; 2011. p. 23–229.
 32. *Médicos de la real académica*. 2013;
 33. Padilla-Muñoz A. Discapacidad : contexto , concepto y modelos. *Rev Colomb Derecho Int* [Internet]. 2010;(16):381–414. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-81562010000100012&script=sci_arttext%5Cnhttp://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041012

34. Espinoza ZEL, Fajardo-Ramos E, López-González Á, Martínez-Villanueva RM, Villanueva-Benites ME. Cognition and functional capacity in the elderly adult. *Salud Uninorte*. 2020;36(1):124–39.
35. Roberto HS. Metodología de la investigación [Internet]. 6th ed. Collado CF, Lucio M del PB, editors. Vol. 21. 2020. 634 p. Available from: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
36. La VDE, Física D, Indice EL, Damián-moreno JCJ. Evaluating Physical Incapacity : the Barthel Index labor de rutina en los centros y unidades de discapacidad física. 1997;(1).
37. Comachio J, Magalhães MO, Campos Carvalho e Silva AP de M, Marques AP. A cross-sectional study of associations between kinesiophobia, pain, disability, and quality of life in patients with chronic low back pain. *Adv Rheumatol* [Internet]. 2018 Dec 22;58(1):8. Available from: <https://advancesinrheumatology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s42358-018-0011-2>
38. Larsson C, Ekvall Hansson E, Sundquist K, Jakobsson U. Kinesiophobia and its relation to pain characteristics and cognitive affective variables in older adults with chronic pain. *BMC Geriatr* [Internet]. 2016 Dec 7;16(1):128. Available from: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0302-6>
39. Goldberg P, Zeppieri G, Bialosky J, Bocchino C, van den Boogaard J, Tillman S, et al. Kinesiophobia and Its Association With Health-Related Quality of Life Across Injury Locations. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2018 Jan;99(1):43–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003999317304914>
40. GONZALES, B ;TERRAZAS P. Asociación Entre Kinesofobia Y Discapacidad En Pacientes Con Dolor Lumbar Inespecífico Del Área De Algias De Un Hospital De Lima. 2017;230.
41. Benatto MT, Bevilaqua-Grossi D, Carvalho GF, Bragatto MM, Pinheiro CF, Straceri Lodovichi S, et al. Kinesiophobia Is Associated with Migraine. *Pain Med* [Internet]. 2019 Apr 1;20(4):846–51. Available from: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/20/4/846/5193811>
42. Ishak NA, Zahari Z, Justine M. Kinesiophobia, Pain, Muscle Functions, and Functional

Performances among Older Persons with Low Back Pain. *Pain Res Treat* [Internet]. 2017 May 29;2017:1–10. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/prt/2017/3489617/>

43. Delgado Cerrot T. Capacidad Funcional Del Adulto Mayor Y Su Relación Con Sus Características Sociodemográficas, Centro De Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro”, Lima-2014. *Rev Peru Obs Enferm* [Internet]. 2014;10(1):11. Available from: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/708/554>
44. Arroyo-Cruz FJ, Morales-Rodríguez MC. Relación entre la edad y la capacidad funcional del adulto mayor. *Rev Salud y Cuid* [Internet]. 2022 Apr 8;1(2):28. Available from: <https://revistasaludycuidado.uaemex.mx/article/view/18239>

Anexos

1. Matriz de consistencia:

RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DE LA PROVINCIA DE CHUPACA 2023

| PROBLEMAS | OBJETIVOS | HIPOTESIS | VARIABLES E INDICADORES | METODOLOGÍA | POBLACIÓN Y MUESTRA |
|---|---|---|--|--|--|
| <p>Problema general</p> <p>¿Qué relación tiene la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y rangos de edad en los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de kinesiofobia y el sexo en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023?</p> | <p>Objetivo general</p> <p>Identificar la relación de la kinesiofobia y la capacidad funcional en el adulto mayor de la provincia de Chupaca – 2023</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la relación la capacidad funcional y rangos de edad en los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de kinesiofobia y el sexo en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023</p> <p>Precisar cuál es la relación entre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023</p> | <p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación de la kinesiofobia y la capacidad funcional en el adulto mayor de la provincia de Chupaca – 2023</p> <p>Ho: No existe relación de la kinesiofobia y la capacidad funcional en el adulto mayor de la provincia de Chupaca – 2023</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación la capacidad funcional y rangos de edad en los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023</p> <p>Existe relación entre el nivel de kinesiofobia y el sexo en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023</p> <p>Existe relación entre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023</p> | <p>Variable 1:</p> <p>Kinesiofobia</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Eludir la actividad</p> <p>Enfoque somatico</p> <p>Variable 2:</p> <p>Capacidad funcional</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Comer</p> <p>Asearse</p> <p>Vestirse</p> <p>Actividad de Higiene mayor y menor</p> <p>Traslados</p> | <p>Método:</p> <p>Método científico</p> <p>Tipo de investigación:</p> <p>Basica</p> <p>Alcance o nivel:</p> <p>Descriptivo - correlacional</p> <p>Diseño:</p> <p>No experimental prospectiva transversal</p> | <p>Población:</p> <p>Se tiene como población a todos los adultos mayores que viven en la provincia de chupaca que es alrededor de 200 adultos.</p> <p>Muestra:</p> <p>Se tiene como población finita 200 adultos mayores, se aplicó la formula y se obtuvo 120 adultos mayores como muestra final</p> <p>Técnicas:</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <p>KINESIOFOBIA</p> <p>The Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK)</p> <p>CAPACIDAD FUNCIONAL:</p> <p>Índice de Barthel</p> |

2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE:

| PROBLEMAS | OBJETIVOS | HIPOTESIS | VARIABLES E INDICADORES | METODOLOGÍA | POBLACIÓN Y MUESTRA |
|---|---|--|---|--|--|
| <p>Problema general</p> <p>¿Qué relación tiene la kinesiophobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y rangos de edad en los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de kinesiophobia y el sexo en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023?</p> | <p>Objetivo general</p> <p>Identificar la relación de la kinesiophobia y la capacidad funcional en el adulto mayor de la provincia de Chupaca – 2023</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la relación la capacidad funcional y rangos de edad en los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de kinesiophobia y el sexo en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023</p> <p>Precisar cuál es la relación entre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023</p> | <p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación de la kinesiophobia y la capacidad funcional en el adulto mayor de la provincia de Chupaca – 2023</p> <p>Ho: No existe relación de la kinesiophobia y la capacidad funcional en el adulto mayor de la provincia de Chupaca – 2023</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación la capacidad funcional y rangos de edad en los adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023</p> <p>Existe relación entre el nivel de kinesiophobia y el sexo en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023</p> <p>Existe relación entre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023</p> | <p>Variable 1:</p> <p>Kinesiophobia</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Eludir la actividad</p> <p>Enfoque somático</p> <p>Variable 2:</p> <p>Capacidad funcional</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Comer</p> <p>Asearse</p> <p>Vestirse</p> <p>Actividad de Higiene mayor y menor</p> <p>Traslados</p> | <p>Método:</p> <p>Método científico</p> <p>Tipo de investigación:</p> <p>Básica</p> <p>Alcance o nivel:</p> <p>Descriptivo - correlacional</p> <p>Diseño:</p> <p>No experimental prospectiva transversal</p> | <p>Población:</p> <p>Se tiene como población a todos los adultos mayores que viven en la provincia de chupaca que es alrededor de 200 adultos.</p> <p>Muestra:</p> <p>Se tiene como población finita 200 adultos mayores, se aplicó la formula y se obtuvo 120 adultos mayores como muestra final</p> <p>Técnicas:</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <p>KINESIOFOBIA</p> <p>The Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK)</p> <p>CAPACIDAD FUNCIONAL:</p> <p>Índice de Barthel</p> |

ANEXO: DOCUMENTO DE APROBACIÓN



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Huancayo, 18 de noviembre del 2023

OFICIO N°0709-2023-CIEI-UC

Investigadores:

ROSAISELA GALVAN YUPANQUI
JEANPIERRE STEFANO AVELLANEDA RODRIGUEZ

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DE LA PROVINCIA DE CHUPACA 2023.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente




Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

ANEXO: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DE LA PROVINCIA DE CHUPACA, 2023

Investigadores principales:

BACH. Rosaisela Galvan Yupanqui

BACH. Jeanpierre Stefano Avellaneda Rodriguez

Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI):

Cordial saludo

Por medio del presente me permito invitarle a participar y solicitar su autorización en el proyecto de investigación **“RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DE LA PROVINCIA DE CHUPACA, 2023”** a cargo de Rosaisela Galvan Yupanqui y Jeanpierre Stefano Avellaneda Rodriguez.

Dicha investigación tiene como objetivo recabar información de la evaluación realizada para conocer de manera más profunda la relación de kinesiofobia y la capacidad funcional en el adulto mayor. El estudio incluirá a un número total de 120 adultos mayores.

Ud. se someterá a dos cuestionarios el primero que es el The Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) y el segundo para poder determinar la capacidad funcional del adulto mayor el índice Barthel, en el cual se realizará preguntas sobre la independencia, dolor, realización de las AVD entre otras cosas.

La participación de Ud. es totalmente voluntaria y la información que se recopile se tratará de manera responsable, haciendo uso de estos únicamente para fines de investigación académica. El fin del proyecto será poder determinar la relación de la kinesiofobia y la capacidad funcional en el adulto mayor.

El cuestionario y la evaluación realizada será en un solo periodo en un tiempo de 10 a 15 minutos como máximo.

Si tuviera alguna duda sobre dicha evaluación puede realizarla en cualquier momento durante la evaluación, si desea conocer más acerca del uso de esta información puede comunicarse con las encargadas de esta investigación quienes son ellos los únicos que puedan determinar y dar a conocer sobre los datos recolectados, este estudio no genera riesgos, ni molestias.

Si Usted está de acuerdo en poder participar en esta investigación de manera voluntaria nos proporcionará su nombre, DNI y firma en el apartado inferior. haciendo hincapié que se respetara el derecho de retirarse o negarse.

Usted puede o no beneficiarse con el estudio y este beneficio puede ayudar directamente en ustedes o en personas a futuro debido a que se tendrá datos y se logrará generar planes de trabajo o planes de prevención.

No se le dará ninguna compensación ni pagos debido a que este trabajo y la recolección de datos es de forma voluntaria.

Y finalmente se garantizará de manera expresa la confidencialidad de la identidad de usted y de la investigación, el respeto a su privacidad y el mantenimiento de la confidencialidad de la información recolectada antes, durante y después de su participación en la investigación. El contenido de esta sección deberá encontrarse dentro de lo permitido por la Ley No 29733, Ley de protección de datos personales y su reglamento.

La información del estudio se encontrará de forma virtual en las plataformas o en el repositorio de la universidad continental o las páginas oficiales de SUNEDU.

Si es que tuviera alguna duda o pregunta con respecto al proyecto puede comunicarse con el:

- Rosaisela Galvan Yupanqui

3. PERMISOS DE LAS INSTITUCIONES



AUTORIZACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CON SERES HUMANOS EN LA INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Ciudad, Huancayo

Sr(a). Dr. **Walter Slive Calderón Gerstein**
Presidente del CIEI-UC

Presente. -

De mi consideración:

La jefa **LIC. BETSAIDA ARELI TANTA ORTEGA** en mi calidad de Sub. Gerente de Desarrollo Económico y Social, hago de su conocimiento que las Investigadoras **BACH. ROSAISELA GALVAN YUPANQUI DNI 77043310 Y BACH. JEANPIERRE STEFANO AVELLANEDA RODRIGUEZ DNI 72727024**, dispone de la autorización para realizar el proyecto de investigación titulado **"RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DE LA PROVINCIA DE CHUPACA 2023"**

Este protocolo deberá contar además con la evaluación del comité institucional de ética en investigación (CIEI) antes de su ejecución por tratarse de un protocolo de investigación en salud con seres humanos.

Sin otro particular, quedo de usted atentamente,



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE HUÁCHAC

Betsaida A. Tanta Ortega
Betsaida A. Tanta Ortega
SUB GERENTE DE DESARROLLO
ECONÓMICO Y SOCIAL

Nombre: Jefe de Departamento/Servicio/Institución
Firma y sello





Municipalidad Provincial de
CHUPACA

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Chupaca, 20 de junio de 2023

Carta N.º 030-2023-GDSH/MPCH.

Señor:

Bach. Jeanpirre Stéfano Avellaneda Rodríguez
**EGRESADO DE LA UNIVERSIDAD CONTINENTAL CARRERA DE TECNOLOGÍA
MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA**

CIUDAD. -

**ASUNTO : SE APRUEBA LA AUTORIZACIÓN PARA EJECUTAR PLAN
DE TESIS**

Ref. : Exp 15130 - 2023

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente a nombre de la Gerencia de Desarrollo Social y Humano de la Municipalidad Provincial de Chupaca y el mío propio, al mismo sobre su solicitud en donde solicitan autorización para ejecutar plan de tesis titulado **"Relación de la kinesiofobia y la capacidad funcional en el adulto mayor de la provincia de Chupaca 2023"**, le informo que es aprobado, y se le comunica que deberá de realizarlo respetando las normas pertinentes del ámbito legal y administrativo.

Seguro de contar con su amable atención y, hago propicia la oportunidad para renovarle las muestras de mi distinguida consideración.

Atentamente,



[Firma manuscrita]
Lic. **Georgina C. Rocha Rodríguez**
GERENTE DE DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO

C.c.
Archivo.

4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tampa Scale for Kinesiophobia

INSTRUCCIONES: 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 |
| Totalmente en desacuerdo | | Totalmente de acuerdo | |

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

25

NIVEL DE KINESIOFOBIA:

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| Bajo nivel de kinesiophobia | <input checked="" type="checkbox"/> | Puntaje entre 11 a 27 puntos |
| Alto nivel de kinesiophobia | <input type="checkbox"/> | Puntaje entre 28 a 44 puntos |

ÍNDICE DE BARTHEL (IB)
(Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria)

| | | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------------------|---|
| Nombre del Usuario Bonilla Voz, Carolina | | Zona: Malvino | Distrito: Chupaca | Aplicado por: Galvan J. J. J. |
| SEXO: FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO () | RANGOS DE EDAD: 60 - 69 años () 70 - 79 años <input checked="" type="checkbox"/> 80 - 89 años () 90 - a más años () | | | |

A continuación, encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor.
La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.

1. COMER

| | | | |
|----|--|-------------------------------------|--|
| 0 | Incapaz | | |
| 5 | Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | | |
| 10 | Independiente: (puede comer solo). | <input checked="" type="checkbox"/> | |

2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA

| | | | |
|----|--|-------------------------------------|--|
| 0 | Incapaz, no se mantiene sentado. | | |
| 5 | Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado. | | |
| 10 | Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal). | | |
| 15 | Independiente. | <input checked="" type="checkbox"/> | |

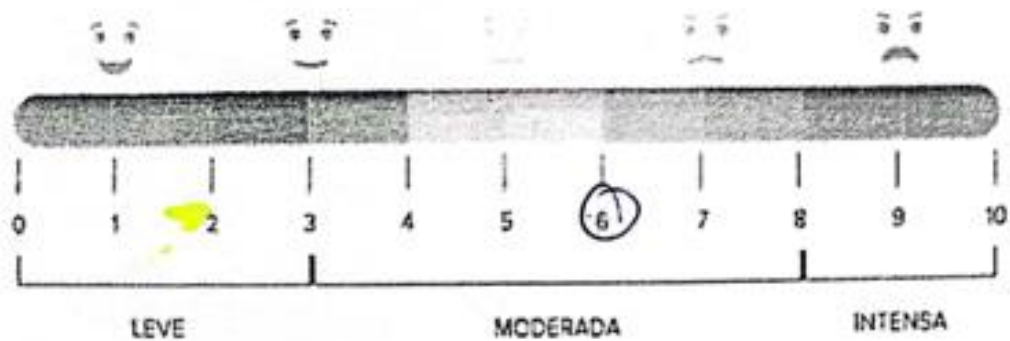
3. ASEO PERSONAL

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| 0 | Necesita Ayuda con el Aseo Personal. | | |
| 5 | Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse. | <input checked="" type="checkbox"/> | |

Puntos de corte:

| | |
|--------------------|--|
| 0 - 20 | Dependencia Total |
| 21 - 60 | Dependencia Severa |
| 61 - 90 | Dependencia Moderada |
| 91 - 99 | Dependencia Escasa |
| 100 | Independencia |
| 90 | Independencia *Uso de silla de ruedas |

ESCALA DE DOLOR:



| | |
|-----------------|---------|
| NO DOLOR | 0 |
| LEVE | 1 - 3 |
| MODERADO | 4 - 7 ✕ |
| INTENSO | 8 - 10 |

6. Instrumentos validados por especialistas

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

| | |
|-----------------------------------|---|
| Nombres y Apellidos | Sergio David Bravo Cucci |
| Profesión y Grado Académico | Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación Maestro en Rehabilitación en Salud |
| Especialidad | Administración |
| Institución y años de experiencia | Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC 25 años |
| Cargo que desempeña actualmente | Coordinador de los cursos de la línea de investigación |

Puntaje del Instrumento Revisado: 100

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (x)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



Sergio Bravo Cucci

Nombres y apellidos

DNI: 09536762

COLEGIATURA: 3692

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

| Criterios | Escala de valoración | | | | | PUNTAJE |
|---|---|---|--|--|--|---------|
| | (1) Deficiente 0-20% | (2) Regular 21-40% | (3) Bueno 41-60% | (4) Muy bueno 61-80% | (5) Eficiente 81-100% | |
| 1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición. | Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador. | Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total. | Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador. | Los ítems son relativamente suficientes. | Los ítems son suficientes. | 100 |
| 2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición. | Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador. | Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total. | Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente. | Los ítems son relativamente suficientes. | Los ítems son suficientes. | 100 |
| 3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas. | Los ítems no son claros. | Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas. | Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems. | Los ítems son claros en lo sintáctico. | Los ítems son claros, tienen semántica y sintáxis adecuada. | 100 |
| 4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo. | Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador. | Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador. | Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo. | Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador. | Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador. | 100 |
| 5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos. | Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador. | Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador. | Los ítems tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide. | Los ítems son necesarios. | Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido. | 100 |

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nombres y Apellidos | ANDREA NATALY INGA CAMACUARI |
| Profesión y Grado Académico | TECNÓLOGO MÉDICO EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN (BACHILLER) |
| Especialidad | TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN |
| Institución y años de experiencia | NEUROADVANCE PERÚ E.I.R.L (5 años) UNIVERSIDAD CONTINENTAL (6 meses) |
| Cargo que desempeña actualmente | FISIOTERAPEUTA EN NEUROREHABILITACIÓN DIRECTORA DE NEUROADVANCE PERÚ DOCENTE |

Puntaje del Instrumento Revisado: 25 PUNTOS

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (X)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



LIC. ANDREA INGA CAMACUARI
 Tecnólogo Médico en Terapia Física
 y Rehabilitación
 C.T.M.F. 8676

Nombres y apellidos: ANDREA NATALY INGA CAMACUARI

DNI: 44907476

COLEGIATURA: 8676

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

| Criterios | Escala de valoración | | | | | PUNTAJE |
|---|---|---|--|--|--|---------|
| | (1) Deficiente 0-20% | (2) Regular 21-40% | (3) Bueno 41-60% | (4) Muy bueno 61-80% | (5) Eficiente 81-100% | |
| 1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición. | Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador. | Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total. | Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador. | Los ítems son relativamente suficientes. | Los ítems son suficientes. | 5 |
| 2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición. | Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador. | Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total. | Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente. | Los ítems son relativamente suficientes. | Los ítems son suficientes. | 5 |
| 3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas. | Los ítems no son claros. | Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas. | Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems. | Los ítems son claros en lo sintáctico. | Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada. | 5 |
| 4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo. | Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador. | Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador. | Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo. | Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador. | Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador. | 5 |
| 5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos. | Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador. | Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador. | Los ítems tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide. | Los ítems son necesarios. | Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido. | 5 |

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

| | |
|-----------------------------------|---|
| Nombres y Apellidos | Mabel Sarango Julca |
| Profesión y Grado Académico | Mg. Docencia Universitaria |
| Especialidad | Terapia Física y Rehabilitación |
| Institución y años de experiencia | H.N.R.P.P. Essalud - Huancayo 15 años. |
| Cargo que desempeña actualmente | Tecnólogo Médico. |

Puntaje del Instrumento Revisado: 25 pts.

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ()

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



Nombres y apellidos : Mabel Sarango Julca

DNI: 07125819

COLEGIATURA: 2816

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

| Criterios | Escala de valoración | | | | | PUNTAJE |
|---|---|---|---|--|--|---------|
| | (1) Deficiente 0-20% | (2) Regular 21-40% | (3) Bueno 41-60% | (4) Muy bueno 61-80% | (5) Eficiente 81-100% | |
| 1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición. | Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador. | Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total. | Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador. | Los ítems son relativamente suficientes. | Los ítems son suficientes. | 5 |
| 2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición. | Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador. | Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total. | Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente. | Los ítems son relativamente suficientes. | Los ítems son suficientes. | 5 |
| 3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas. | Los ítems no son claros. | Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas. | Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems. | Los ítems son claros en lo sintáctico. | Los ítems son claros, tienen semántica y sintáxis adecuada. | 5 |
| 4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo. | Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador. | Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador. | Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo. | Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador. | Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador. | 5 |
| 5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos. | Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador. | Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador. | Los ítems tienen alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide. | Los ítems son necesarios. | Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido. | 5 |

ANEXOS: Fotos de recolección de datos en los distritos de Chupaca y Huachac



Información sobre la investigación al adulto mayor



Firma del adulto mayor en el consentimiento informado



En la imagen se observa que se le brinda las indicaciones del consentimiento informado y de la aplicación de los test al adulto mayor



En las fotos mostradas se evidencia la recolección de datos de los pobladores adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, además se explica detalladamente de que trata la investigación para así obtener los datos de acuerdo a cada poblador adulto mayor.

