

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
MENCIÓN DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN



**TESIS: Para Optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica con
mención en Terapia Física y Rehabilitación**

**“ASOCIACIÓN ENTRE LA KINESIOFOBIA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CENTYR DE LA CIUDAD DE
TACNA DURANTE EL AÑO 2025”**

AUTOR

Araujo Chacolla, Ángel Piero

Código ORCID: (0009-0008-3371-0793)

ASESOR

Mgr. Marcelo Adrián Barriga Pasten

Código ORCID: (0000-0002-3693-5903)

Tacna, 2026

DEDICATORIA

A mi madre, pilar esencial en cada etapa de mi vida, por su amor incondicional, su fortaleza inagotable y por ser la guía que siempre me ha impulsado a seguir adelante. Todo lo que soy y todo lo que he logrado lleva su huella.

A mi segunda madre, Laura, quien en vida me brindó cuidado, cariño y valores que permanecen en mí como un legado imborrable. Su presencia fue un regalo que marcó mi camino y que guardo con profundo agradecimiento.

A mi hermana Sol, por enseñarme a ser fuerte, resiliente y confiar en mí incluso en los momentos más difíciles. Su apoyo y compañía han sido un impulso constante en mi crecimiento personal.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, Mgr. Marcelo Adrián Barriga Pasten, por su dedicación, paciencia y guía constante durante el desarrollo de esta investigación. Su orientación académica y compromiso fueron fundamentales para la culminación de este trabajo.

A mis maestros de la Universidad Privada de Tacna, quienes a lo largo de mi formación profesional compartieron sus conocimientos, valores y experiencia, contribuyendo de manera significativa a mi crecimiento académico y personal.

A mis tíos, amigos y todas las personas que confiaron en mí, por su apoyo incondicional, sus palabras de aliento y por acompañarme en este camino con fe en mi capacidad y en mi futuro como profesional.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Ángelo Piero Araujo Chacolla, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 70616847, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada: “ASOCIACIÓN ENTRE LA KINESIOFOBIA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CENTYR DE LA CIUDAD DE TACNA DURANTE EL AÑO 2025”

Asesorado por Mgr. Marcelo Adrián Barriga Pasten, el cual presente para optar el: Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica con mención en: Terapia Física y Rehabilitación.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

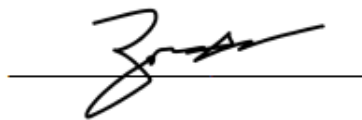
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 70616847

Fecha: 10/09/2026

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en el Centro de Terapia y Rehabilitación (CENTYR) de la ciudad de Tacna durante el año 2025. Se desarrolló una investigación de tipo analítica, con diseño no experimental, de enfoque cuantitativo y corte transversal, aplicada a pacientes en tratamiento fisioterapéutico.

La información fue recolectada mediante los instrumentos Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-17) y el Cuestionario de Adherencia a la Fisioterapia (CAF), ambos validados y adaptados al contexto local. Los resultados evidenciaron una relación significativa entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento, mostrando que un mayor temor al movimiento se asocia con menor compromiso terapéutico. Asimismo, se identificó una asociación significativa entre la kinesiofobia y los factores intrínsecos de la adherencia, mientras que no se encontró relación con los factores extrínsecos.

Se concluye que la kinesiofobia representa un factor psicológico relevante que puede afectar la adherencia y el progreso del paciente en la rehabilitación, por lo que se recomienda su evaluación sistemática y el fortalecimiento de estrategias educativas, motivacionales y comunicativas dentro del proceso fisioterapéutico.

Palabras clave: kinesiofobia, adherencia, fisioterapia, rehabilitación, factores intrínsecos, factores extrínsecos.

Abstract

The present study aimed to determine the association between the level of kinesiophobia and adherence to physiotherapeutic treatment in patients treated at the CENTYR Rehabilitation Center in Tacna City during 2025. It was an analytical, non-experimental, quantitative, cross-sectional study, applied to patients undergoing physiotherapy treatment.

Data were collected using the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-17) and the Physiotherapy Adherence Questionnaire (CAF), both validated and adapted to the local context. The findings revealed a significant relationship between kinesiophobia and treatment adherence, indicating that higher fear of movement is associated with lower therapeutic commitment. A significant association was also found between kinesiophobia and intrinsic adherence factors, whereas no relationship was observed with extrinsic factors.

It is concluded that kinesiophobia constitutes an important psychological factor that may negatively affect adherence and recovery. Therefore, it is recommended to systematically assess kinesiophobia and strengthen educational, motivational, and communicative strategies within physiotherapeutic care.

Keywords: kinesiophobia, adherence, physiotherapy, rehabilitation, intrinsic factors, extrinsic factors.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción	11
Capítulo I: El Problema de Investigación	12
1.1. Fundamentación del problema	12
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivos de la investigación	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
1.4. Justificación	14
Capítulo II: Revisión de Literatura	16
2.1. Antecedentes de Investigación	16
2.2. Marco Teórico	18
2.2.1. Definición de Adherencia	18
2.2.1.1. Adherencia en Fisioterapia	19
2.2.1.2. Factores de la Adherencia	19
2.2.1.3. Factores de la Adherencia en Fisioterapia	20
2.2.1.4. Estrategias para mejorar la Adherencia	22
2.2.1.5. Intervenciones en la adherencia	23
2.2.1.6 Evaluación de la Adherencia Fisioterapéutica	26
2.2.2. Definición de Kinesiofobia	27
2.2.2.1. Clasificación y niveles de kinesiofobia	27
2.2.2.1. Etiología de la kinesiofobia	28
2.2.2.3. Manifestaciones clínicas en fisioterapia	29
2.2.2.4. Interacción entre kinesiofobia y adherencia	29
2.2.2.5. Mecanismos Psicológicos	30
2.2.2.6. Mecanismos Conductuales	30
2.2.2.7. Evaluación de Kinesiofobia Fisioterapéutica	30
2.2.2.8. Abordaje terapéutico en fisioterapia	31
Capítulo III: Hipótesis, Variables y Operacionalización de Variables	32
3.1. Hipótesis	32
3.2. Operacionalización de variables	33
Capítulo IV: Metodología de la Investigación	35
4.1. Diseño de investigación	35
4.2. Ámbito de estudio	35
4.3. Población y muestra	36
4.3. Criterios de inclusión	37
4.3. Criterios de exclusión	37
4.4. Técnica y ficha de recolección de datos	37

4.4.1. Técnica	37
4.4.2. Instrumentos	37
Capítulo V: Procedimiento de análisis	42
5.1. Procedimiento de recojo de datos	42
5.2. Consideraciones éticas	42
Capítulo VI: Resultados	43
Capítulo VII: Informe de Fiabilidad de Instrumentos	52
Capítulo VIII: Prueba de Normalidad de Variables	54
Capítulo IX: Contrastación de Objetivos e Hipótesis	55
Discusión	60
Conclusiones	61
Recomendaciones	64
Bibliografía	65
Anexos	69
Anexo 1. Evaluación del Comité de Ética	69
Anexo 2. Resolución de inscripción del Proyecto de Tesis	70
Anexo 3. Informe del Asesor del Informe Final	71
Anexo 4. Evaluación del Docente Dictaminador de Proyecto	72
Anexo 5. Resolución de Designación de Jurado	74
Anexo 6. Consentimiento informado	75
Anexo 7. Ficha sociodemográfica	78
Anexo 8. Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17)	79
Anexo 9. Cuestionario de Adherencia Fisioterapéutica (CAF)	81
Anexo 10. Matriz de consistencia	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ficha técnica del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento Fisioterapéutico (CAF)	38
Tabla 2. Ficha técnica de la Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17)	41
Tabla 3. Características sociodemográficas de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	43
Tabla 4. Características sociodemográficas según sexo y nivel de kinesiofobia de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	44
Tabla 5. Características sociodemográficas según edad y nivel de kinesiofobia de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	45
Tabla 6. Características sociodemográficas según sexo y nivel de adherencia al tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	46
Tabla 7. Características sociodemográficas según edad y nivel de adherencia al tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	47
Tabla 8. Distribución descriptiva de la kinesiofobia según la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes de CENTYR, 2025	48
Tabla 9. Distribución descriptiva del nivel de kinesiofobia según los factores intrínsecos de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes de CENTYR, 2025	49
Tabla 10. Distribución descriptiva del nivel de kinesiofobia según los factores extrínsecos de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes de CENTYR, 2025	50
Tabla 11. Prueba de fiabilidad de la Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17)	52
Tabla 12. Prueba de fiabilidad del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento Fisioterapéutico (CAF)	53
Tabla 13. Análisis de normalidad de la variable kinesiofobia de pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	54
Tabla 14. Análisis de normalidad de la variable adherencia de pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	54
Tabla 15. Asociación entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	55
Tabla 16. Asociación entre el nivel de kinesiofobia y los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	57
Tabla 17. Asociación entre el nivel de kinesiofobia y los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Características sociodemográficas de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	43
Figura 2. Características sociodemográficas según sexo y nivel de kinesiofobia de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	44
Figura 3. Características sociodemográficas según edad y nivel de kinesiofobia de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	45
Figura 4. Características sociodemográficas según sexo y nivel de adherencia al tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	46
Figura 5. Características sociodemográficas según edad y nivel de adherencia al tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025	47
Figura 6. Distribución descriptiva de la kinesiofobia según la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes de CENTYR, 2025	48
Figura 7. Distribución descriptiva del nivel de kinesiofobia según los factores intrínsecos de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes de CENTYR, 2025	49
Figura 8. Distribución descriptiva del nivel de kinesiofobia según los factores extrínsecos de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes de CENTYR, 2025	51

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la fisioterapia y la rehabilitación, la adherencia al tratamiento representa un componente esencial para alcanzar resultados terapéuticos óptimos. Esta adherencia se define como el grado en que los pacientes siguen de forma activa y constante las indicaciones proporcionadas por los profesionales de salud, incluyendo la asistencia a sesiones, la ejecución de ejercicios terapéuticos y la incorporación de hábitos de autocuidado (1). Sin embargo, existen múltiples factores que pueden influir en la falta de adherencia, y uno de ellos, cada vez más reconocido en la literatura científica, es la kinesiofobia.

La kinesiofobia, entendida como el miedo irracional e incapacitante al movimiento físico debido a la percepción de que este podría causar dolor o una nueva lesión, se ha identificado como un obstáculo importante para la participación activa del paciente en programas de rehabilitación (2). Este temor puede surgir tras experiencias dolorosas previas, cirugías o lesiones traumáticas, y suele estar acompañado de conductas de evitación, disminución de la actividad física, e incluso abandono de los tratamientos indicados (3).

En contextos clínicos como el del Centro de Terapia Física y Rehabilitación (CENTYR) de la Universidad Privada de Tacna, este fenómeno se vuelve especialmente relevante, dado que muchos pacientes presentan condiciones músculo-esqueléticas crónicas o postquirúrgicas que requieren un compromiso constante con su proceso terapéutico. Comprender cómo la kinesiofobia afecta la adherencia en estos pacientes permitiría diseñar estrategias más eficaces para mitigar su impacto y fomentar una mayor participación en los tratamientos.

La asociación entre kinesiofobia y adherencia al tratamiento fisioterapéutico constituye un campo de investigación emergente que demanda atención prioritaria, no solo para mejorar los resultados clínicos, sino también para optimizar los recursos de salud y promover la autonomía del paciente en su proceso de recuperación.

Este estudio está estructurado en cinco capítulos. El primer capítulo expone el planteamiento del problema de investigación. En el segundo se analiza el sustento teórico. Los capítulos tres y cuatro desarrollan las hipótesis, el enfoque metodológico y las características del diseño de investigación empleado. Finalmente, el quinto capítulo presenta el análisis de los datos obtenidos, discute los resultados con base en la evidencia revisada, formula las conclusiones alcanzadas y propone recomendaciones pertinentes.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

La adherencia al tratamiento es la capacidad y actitud de una persona para ajustar sus estilos de vida en línea con las indicaciones del terapeuta o médico, buscando un resultado preventivo o terapéutico deseado. Este proceso es dinámico y complejo, requiriendo un seguimiento constante en el que participan no solo los profesionales de la salud, sino también el paciente, su familia y su entorno social. La efectividad de este proceso depende de varias variables como el entorno socioeconómico, el tipo de enfermedad, el tratamiento necesario y la información disponible para el paciente. También son cruciales la comunicación entre fisioterapeuta y paciente, y las habilidades cognitivas y físicas del paciente (1, 2).

En el ámbito de fisioterapia y servicios de salud, la baja adherencia es un problema de salud pública, ya que resulta en tratamientos innecesarios, mayor número de consultas, complicaciones, aumento del dolor, recaídas, mayor riesgo de dependencia y discapacidad. Esto afecta la calidad de la atención, la relación fisioterapeuta-paciente y el uso racional de recursos y servicios de salud, con repercusiones en la vida laboral, familiar y social del paciente. Clínicamente, una adherencia deficiente se traduce en un mayor tiempo para ver resultados terapéuticos, pérdida de logros obtenidos, aparición de complicaciones y recaídas, y una valoración errónea de la efectividad del tratamiento (2).

En este contexto, surge un factor que ha cobrado creciente relevancia en la literatura científica por su impacto negativo sobre la adherencia: la kinesiofobia. Este término describe el miedo irracional al movimiento físico, motivado por la creencia de que el ejercicio puede agravar una lesión o provocar dolor. Esta respuesta emocional puede derivar en conductas de evitación, abandono del tratamiento, reducción de la actividad física y falta de compromiso con el proceso terapéutico (3). Para muchos pacientes, especialmente aquellos con antecedentes de dolor crónico o procedimientos quirúrgicos recientes, la kinesiofobia puede representar un obstáculo significativo para retomar o mantener una rutina rehabilitadora eficaz.

Además, factores ambientales, emocionales y sociales pueden intensificar este miedo al movimiento. El entorno clínico puede percibirse como intimidante, especialmente cuando el paciente experimenta comparaciones con otros usuarios o enfrenta técnicas terapéuticas incómodas. A esto se suma el temor al dolor inducido por el ejercicio y la presión de cumplir con expectativas funcionales propias o ajenas, todo lo cual puede intensificar la kinesiofobia (4). Según un estudio publicado en *Journal of Pain Research*, los niveles elevados de kinesiofobia se asocian con menores tasas de participación en programas de rehabilitación, así como con peores resultados en cuanto a recuperación funcional y percepción de bienestar.

La adherencia al tratamiento es un factor crucial para el éxito terapéutico, especialmente en pacientes que reciben atención en centros de rehabilitación física como CENTYR. A causa de esto, surge la necesidad de comprender en profundidad la relación entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento en los pacientes de CENTYR durante el año 2025. Por lo tanto, el problema central de esta investigación radica en responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la asociación entre la adherencia al tratamiento fisioterapéutico y el nivel de kinesiofobia en pacientes atendidos en CENTYR durante el año 2025?

1.2. Formulación del problema

Pregunta General:

PG: ¿Cuál es la asociación entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025?

Preguntas específicas:

PE1: ¿Cuál es la asociación entre el nivel de kinesiofobia con los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025?

PE2: ¿Cuál es la asociación entre el nivel de kinesiofobia con los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general

OG: Determinar la asociación entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

Objetivos específicos

OE1: Determinar la asociación entre el nivel de kinesiofobia y los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

OE2: Determinar la asociación entre el nivel de kinesiofobia y los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

1.4. Justificación

La investigación sobre la asociación entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento en pacientes atendidos en CENTYR durante el año 2025 es fundamental para mejorar la calidad de la atención en fisioterapia y promover resultados terapéuticos óptimos. Comprender cómo el miedo al movimiento influye en la disposición de los pacientes para seguir un tratamiento de rehabilitación física permite desarrollar estrategias específicas que aborden las barreras emocionales y conductuales asociadas, lo que puede resultar en una recuperación más eficaz y sostenida (1).

La relevancia de este estudio radica en su potencial para aumentar la eficacia de los programas de rehabilitación física al integrar enfoques que contemplen aspectos psicológicos como el temor al dolor o a la reinjuria. Diversos estudios han demostrado que los niveles elevados de kinesiofobia pueden llevar a una menor participación en el

tratamiento, menor cumplimiento de ejercicios terapéuticos y, por consiguiente, resultados funcionales limitados (2). Al identificar cómo este fenómeno interfiere con el proceso de recuperación, se pueden diseñar intervenciones que reduzcan la evitación al movimiento, promuevan la confianza del paciente en su capacidad funcional y favorezcan la adherencia terapéutica.

Desde una perspectiva clínica y administrativa, reducir las tasas de no adherencia al tratamiento fisioterapéutico contribuye a la prevención de recaídas, complicaciones secundarias y necesidad de nuevas intervenciones médicas, lo que mejora la eficiencia del sistema de salud y el aprovechamiento de los recursos disponibles (3). Asimismo, un enfoque terapéutico que contemple la dimensión emocional del dolor puede fortalecer la relación fisioterapeuta-paciente y mejorar la experiencia del tratamiento.

La relevancia epidemiológica del presente estudio se fundamenta en su capacidad para abordar un problema de salud pública con creciente incidencia: los trastornos musculoesqueléticos crónicos y el impacto psicológico que estos provocan. A medida que se reconoce la influencia de la salud mental en la recuperación física, entender la interacción entre la kinesiofobia y la adherencia se vuelve indispensable. Este estudio puede aportar evidencia para respaldar políticas de salud e intervenciones clínicas que consideren el miedo al movimiento como un factor clave en la planificación del tratamiento, beneficiando tanto a los pacientes como a las comunidades a través de una rehabilitación más efectiva y humanizada (4).

2.1. Antecedentes de Investigación

Antecedentes Internacionales

Zhou Y., et al., en su estudio titulado “Catastrofismo del dolor, kinesiofobia y adherencia al ejercicio en pacientes después de artroplastia total de rodilla: el papel mediador de la autoeficacia del ejercicio”, realizado en China en el año 2023, tuvo como objetivo analizar la relación entre el catastrofismo del dolor, la kinesiofobia y la adherencia al ejercicio en pacientes postoperatorios. El estudio presentó un diseño transversal y contó con una muestra de 211 pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla provenientes de tres unidades de ortopedia de un hospital terciario en China. Se aplicaron escalas validadas para medir la autoeficacia, la kinesiofobia y la adherencia al tratamiento. Los resultados evidenciaron que la kinesiofobia se relacionó negativamente con la adherencia al ejercicio ($r = -0.605$; $p < 0.001$), limitando la participación activa del paciente en los ejercicios terapéuticos. Se concluye que el fortalecimiento de la autoeficacia contribuye a reducir la kinesiofobia y mejorar la adherencia al tratamiento (5).

Por otro lado, Yao Y., et al., en su estudio titulado “Impacto de la kinesiofobia después de una artroplastia total de rodilla en la rehabilitación de pacientes durante la hospitalización: estudio piloto”, realizado en China en el año 2025, tuvo como objetivo evaluar el impacto de la kinesiofobia en la recuperación funcional de pacientes hospitalizados. Se utilizó un diseño observacional piloto en pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla, aplicándose pruebas funcionales y la Escala Tampa de Kinesiofobia para la medición del miedo al movimiento. Los resultados mostraron que los pacientes con kinesiofobia presentaron mayor dolor postoperatorio, menor flexión activa de rodilla, menor distancia recorrida y mayor tiempo de hospitalización en comparación con el grupo sin kinesiofobia, evidenciándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Se concluye que la kinesiofobia podría relacionarse negativamente con el proceso de rehabilitación y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico (6).

Asimismo, Huang J. et al., en el estudio titulado “Comparación de intervenciones para la kinesiofobia en individuos con dolor musculoesquelético: revisión sistemática y metaanálisis en red”, realizado en el año 2022, tuvo como objetivo comparar la eficacia de diferentes intervenciones terapéuticas en la reducción de la kinesiofobia. Se empleó una revisión sistemática con metaanálisis en red, incluyendo estudios clínicos sobre intervenciones físicas, psicológicas y combinadas. Los resultados indicaron que las intervenciones integradas mente-cuerpo fueron las más eficaces para reducir la kinesiofobia, presentando diferencias significativas entre las intervenciones analizadas ($p < 0,05$), favoreciendo la adherencia a los programas de rehabilitación. Se concluye que el abordaje multidisciplinario mejora significativamente el cumplimiento terapéutico (7).

Wlazło M., et al., en su revisión titulada “Impacto de la kinesiofobia en la actividad física y la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas: revisión sistemática”, realizada en Polonia en el año 2025, tuvo como objetivo analizar la influencia de la kinesiofobia en la actividad física y la calidad de vida. Se incluyeron 24 estudios científicos, evidenciando que la kinesiofobia es un predictor importante de baja adherencia al tratamiento y reducción de la actividad física, encontrándose asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Se concluye que la kinesiofobia constituye una barrera que puede interferir en la continuidad del tratamiento fisioterapéutico, resaltando la importancia de incorporar estrategias de abordaje psicológico para mejorar la adherencia y los resultados clínicos (8).

Finalmente, Zhang W., et al., en su investigación titulada “Kinesiofobia en pacientes con enfermedad coronaria sometidos a rehabilitación cardíaca: prevalencia e impacto en la adherencia y resultados clínicos”, realizada en China en el año 2025, tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de la kinesiofobia y su impacto en la adherencia al tratamiento. Se aplicaron instrumentos como la Escala Tampa de Kinesiofobia y evaluaciones clínicas de adherencia. Los resultados evidenciaron que los pacientes con mayor miedo al movimiento presentaron menor asistencia a sesiones y peor desempeño funcional, encontrándose una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Se concluye que la kinesiofobia es un factor determinante en la continuidad y efectividad del tratamiento fisioterapéutico (9).

2.2. Marco Teórico

Si bien la variable independiente del presente estudio es la kinesiofobia, resulta fundamental abordar previamente el concepto de adherencia al tratamiento fisioterapéutico, debido a que constituye un componente esencial dentro del proceso de rehabilitación y del cumplimiento terapéutico del paciente. Comprender la adherencia terapéutica y los factores que la condicionan permite contextualizar de manera integral la posible asociación entre ambas variables dentro del proceso fisioterapéutico (1).

2.2.1. Definición de Adherencia

El concepto de "adherencia" ha experimentado una evolución significativa a lo largo del tiempo. Los términos cumplimiento y adherencia se han utilizado frecuentemente para describir el esfuerzo del paciente en seguir las indicaciones del profesional de salud respecto a su tratamiento (1). Sin embargo, "cumplimiento" sugiere una obediencia a normas establecidas por el profesional sanitario, sin involucrar activamente al paciente. Según el Diccionario de la Real Academia Española, cumplir implica “realizar algo o ejecutar aquello que corresponde a una obligación”. Si bien en la literatura este término y el de adherencia son los más utilizados, diversos autores también emplean expresiones como cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión o concordancia para describir distintas dimensiones del compromiso del paciente con su tratamiento (10).

Diversos autores han aportado sus propias definiciones sobre la adherencia. En 1982, Di Matteo y DiNicola la caracterizaron como la participación activa y voluntaria del paciente en un conjunto de conductas aceptadas de manera conjunta, orientadas a alcanzar un resultado determinado (11). Otros autores señalan que la adherencia comprende tanto seguir correctamente la medicación en relación con la dosis como mantener la continuidad del tratamiento.

Asimismo, no se restringe únicamente a las indicaciones terapéuticas, sino que incluye acudir a las citas previstas, involucrarse en programas de salud, buscar atención cuando es necesario y realizar cambios en los hábitos de vida (12).

2.2.1.1. Adherencia en Fisioterapia

Basset S. describe la adherencia dentro del ámbito fisioterapéutico como el nivel con el que los pacientes cumplen las actividades indicadas en su plan de tratamiento, tanto durante las sesiones como en el domicilio. Además, destaca que la fisioterapia, al igual que otras áreas de la atención sanitaria, se ve afectada por el problema frecuente de la escasa adherencia a las indicaciones terapéuticas (13).

Es el paciente quien debe seguir las recomendaciones proporcionadas por el fisioterapeuta, siendo así el principal responsable de lograr una buena adherencia durante el tratamiento fisioterapéutico. Los comportamientos adherentes son fundamentales para una rehabilitación exitosa. La baja adherencia al tratamiento se considera una de las principales causas de los resultados deficientes en fisioterapia. Por esta razón, es importante que los fisioterapeutas evalúen la adherencia utilizando métodos fiables y válidos (13).

2.2.1.2. Factores de la Adherencia

La guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre adherencia enfatiza que comprender los factores que la influyen es clave para aplicar intervenciones efectivas. Además, indica que, para que los pacientes cumplan adecuadamente un tratamiento, es necesario abordar las dificultades asociadas a esos factores (14).

La adherencia constituye un proceso complejo y determinado por múltiples factores, comprendiendo diversas dimensiones entre las que se incluye la del propio paciente. A diferencia de la visión clásica, no es una responsabilidad atribuida solo a este. La OMS establece cinco dimensiones que influyen en la adherencia terapéutica, cada una conformada por un conjunto particular de factores. A continuación, se expone una síntesis de dichos elementos según Fernández Lázaro et al. (15), tomando como referencia el amplio modelo planteado por la OMS:

- **Factores socioeconómicos:** Incluyen el género, la edad, el estado migratorio, los ingresos económicos, el estatus social y el nivel educativo.
- **Factores relacionados con el equipo o sistema de salud:** Incluyen la interacción entre el profesional y el paciente, la eficacia, calidad y organización de los servicios de salud, el nivel de conocimiento del personal sobre enfermedades crónicas y adherencia, las estrategias empleadas para incrementarla, la carga laboral del profesional y su habilidad para educar y supervisar al paciente.
- **Factores relacionados con la enfermedad:** Incluyen el número de condiciones padecidas (comorbilidad) y el estilo de vida (calidad de vida y comportamientos saludables).
- **Factores relacionados con el tratamiento:** Abarca la cantidad de indicaciones médicas, el número de comprimidos, inyecciones y procedimientos que exige cada terapia, además del nivel en que estas demandas afectan o interrumpen las actividades cotidianas del paciente.
- **Factores relacionados con el paciente:** Abarcan su nivel de independencia funcional, su conocimiento sobre el tratamiento, su calidad de vida subjetiva y su estado psicológico. Presencia de depresión, estrés y ansiedad, los cuales llevan al paciente a la falta de motivación.

2.2.1.3. Factores de la Adherencia en Fisioterapia

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia sin limitarla a un tipo específico de tratamiento, su guía tiende a enfocarse principalmente en los aspectos relacionados con terapias farmacológicas. No obstante, Salinas V. recopiló una serie de factores vinculados específicamente a la adherencia a las indicaciones comunes dentro del ámbito de la fisioterapia, los cuales fueron organizados en dos categorías para su análisis (16).

Factores relacionados con las características del paciente:

- **Aspectos sociodemográficos:** Se revisaron investigaciones que evaluaban la relación entre los programas de ejercicio y factores como la edad, el sexo y el nivel de educación. Los resultados fueron diversos: algunos trabajos no identificaron una asociación relevante entre estas variables y la adherencia,

mientras que otros señalaron que las mujeres de mediana edad con mayor formación académica tendían a adherirse menos que los hombres. No obstante, no se examinaron otras combinaciones posibles de características sociodemográficas (16).

- **Factores relacionados con la enfermedad del paciente:** En primer lugar, se consideraron las percepciones de los pacientes sobre sus síntomas y discapacidades, así como también su salud emocional. Los estudios revisados para esta clasificación sugieren que la adherencia puede estar influenciada por la percepción del impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente. Cuando los síntomas no afectan significativamente la calidad de vida, es común que los pacientes sopesen las ventajas de seguir las recomendaciones preventivas con las desventajas de adoptar nuevos comportamientos. Además, la falta de síntomas puede resultar en una falta de recordatorio para mantener el tratamiento. En segundo lugar, las condiciones crónicas implican un tratamiento a largo plazo en la rutina diaria del paciente, lo que requiere un manejo continuo y a largo plazo (16).

Factores relacionados con el contexto clínico y su valoración:

- **Características estructurales del entorno asistencial:** La duración de las esperas y la derivación por parte del médico tienen efectos en la asistencia a las sesiones, especialmente en pacientes crónicos. También se destaca la importancia de las condiciones ambientales adecuadas y la coordinación del equipo multidisciplinario en la atención del paciente (16).

- **Estilo de práctica del fisioterapeuta:** La relación terapeuta-paciente es un factor crucial que influye en la adherencia al tratamiento. Además, se considera la capacidad del fisioterapeuta para proporcionar información sobre la condición del paciente, utilizar técnicas de retroalimentación efectivas, educar al paciente y fomentar su participación activa. La presencia positiva de estos factores se relaciona con una mayor adherencia, aunque existe controversia sobre su verdadera influencia (16).

- **Percepción de los efectos del tratamiento:** La manera en que el paciente interpreta los beneficios terapéuticos y el tiempo que tardan en

manifestarse los efectos negativos al suspender la terapia influye directamente en su adherencia. Cuando no se perciben mejoras, suele disminuir el cumplimiento, pues se refuerza la idea de que interrumpir el tratamiento no generará consecuencias importantes (16).

- **Valoración de la experiencia en el contexto clínico:** La satisfacción del paciente se ha asociado con varios factores, incluida la relación terapeuta-paciente, las expectativas y las experiencias. Sin embargo, la evidencia sobre la relación entre la satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento en fisioterapia es limitada (16).

Estos factores abordaron diversos aspectos de la adherencia al tratamiento en pacientes con diversas condiciones y con diferentes tipos de programas de tratamiento. Aunque la mayoría de las investigaciones revisadas no se centraron específicamente en la adherencia en fisioterapia, proporcionan una visión general del estado del conocimiento sobre los factores de adherencia en este campo (16).

2.2.1.4. Estrategias para mejorar la Adherencia

Para mejorar la adherencia y garantizar un tratamiento efectivo en el ámbito de la salud, es crucial realizar una evaluación precisa de la adherencia del paciente. La OMS señala que en la literatura se han empleado diversas estrategias tanto subjetivas como objetivas, pero ninguna ha demostrado proporcionar una imagen exacta de la adherencia del paciente. Por lo tanto, solo ofrece una estimación del comportamiento del paciente. La organización sugiere que el enfoque más efectivo para estimar la adherencia es utilizar un enfoque multimétodo que combine autorreportes viables y medidas objetivas razonables, teniendo en cuenta las metas del proveedor de salud, los requisitos del régimen de tratamiento, los recursos disponibles y la manera en que se utilizarán los resultados (14).

En fisioterapia, al igual que en otras áreas de la salud, existe la dificultad de evaluar la adherencia debido a su carácter multifactorial (17). No obstante, se

han creado diversas escalas y métodos para estimarla. Bassett SF ha publicado múltiples trabajos relacionados con la adherencia del paciente en fisioterapia y las formas de medirla (13, 18 y 19). En sus primeras investigaciones, describe estrategias objetivas para su evaluación y subraya la necesidad de valorarla de manera continua. Asimismo, diferencia los métodos utilizados en el entorno clínico de aquellos aplicados en el hogar.

- Estrategias de evaluación en el ámbito clínico

- Indicador de asistencias: Consiste en calcular la proporción de sesiones realizadas en comparación con las sesiones que fueron programadas.
- Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale (SIRAS): Diseñada específicamente para evaluar el comportamiento relacionado con la adherencia durante las sesiones de tratamiento (18).
- Rehabilitation Adherence Measure for Athletic Training (RadMAT): Es un instrumento compuesto por 16 ítems organizado en tres subescalas que evalúan la actitud y el esfuerzo, la asistencia y participación, así como la comunicación del paciente (20).

Medición de la adherencia en el domicilio: Por otro lado, en el contexto del hogar, se emplean varios métodos para evaluar la adherencia a los programas de fisioterapia. Entre los más comunes se encuentran los informes autoadministrados y los cuestionarios completados por los propios pacientes. Sin embargo, es importante señalar que todas estas técnicas son subjetivas en su naturaleza. Aunque existen dispositivos electrónicos, por ejemplo: los acelerómetros, podómetros y cronómetros, que podrían proporcionar mediciones más objetivas, su utilidad puede variar según el caso, puesto que, los resultados pueden ser alterados fácilmente por el paciente, quien suele sobrevalorar la adherencia al tratamiento (13).

2.2.1.5. Intervenciones en la adherencia

Las estrategias de intervención se estructuran considerando los factores previamente descritos, con el objetivo de promover una adherencia efectiva al

tratamiento. De acuerdo con el modelo de atención centrada en la persona, entender el punto de vista del paciente permite a los profesionales de la salud brindar un abordaje terapéutico coherente con sus valores y requerimientos individuales, aspecto clave para fortalecer el compromiso con el tratamiento (21). Se ha observado que los programas que no solo se centran en el paciente, sino también en el profesional de la salud o en el sistema de atención sanitaria, obtienen buenos resultados.

Ninguna intervención centrada únicamente en el paciente ha mostrado eficacia sostenida a largo plazo, y además existe escasa evidencia respecto a estrategias orientadas específicamente al personal de salud (14).

De acuerdo con la evidencia disponible (22-26), se han propuesto diversas metodologías orientadas a mejorar la adherencia a la terapia. A continuación, se presentan aquellas en las que coinciden la mayoría de los estudios revisados y que, según Pisano Gonzáles (25), se organizan de la siguiente manera:

Intervenciones cognitivas:

- **Información clara y educación del paciente:** Para promover una buena adherencia al tratamiento, es esencial que el profesional de salud comunique las indicaciones de manera accesible y ajustada al nivel cognitivo y sociocultural del paciente, evitando términos técnicos y dedicando el tiempo necesario para su comprensión. La educación puede realizarse de forma individual o grupal y emplear diversos recursos, como explicaciones orales, apoyo audiovisual, material escrito, correos u otros medios utilizados durante la atención (25).
- **Fortalecimiento de la comunicación entre paciente y profesional:** Para lograr una comunicación efectiva, resulta esencial aplicar la escucha activa, considerando los temores, creencias y dudas que el paciente exprese, y promoviendo que participe de manera más involucrada. Es necesario que exista una coherencia entre el profesional y el paciente que permita un diálogo abierto y honesto sobre la condición de salud y el plan de tratamiento, favoreciendo la toma de decisiones conjunta. Además, reconocer los objetivos personales del

paciente respecto a la terapia aumenta la probabilidad de que mantenga una buena adherencia (25).

Intervenciones conductuales: Estas intervenciones tienen como finalidad promover cambios o reforzar conductas que favorezcan el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, así como fortalecer sus habilidades de automanejo. Para ello, se aplican técnicas como el refuerzo positivo, el autocontrol y la asignación de responsabilidad personal (25).

Este enfoque puede dividirse en dos categorías principales:

- **Intervenciones directas:** Comprenden estrategias como el uso de refuerzos positivos, recordatorios por medio de llamadas, cartas o alarmas programadas, dispositivos electrónicos con señales auditivas o luminosas para evitar el olvido de dosis, aparatos que registran la frecuencia con la que el paciente realiza los ejercicios, así como técnicas mnemotécnicas que pueden involucrar a los familiares, entre otras alternativas (23, 25 y 26).
- **Intervenciones indirectas:** Un ejemplo de este tipo es la entrevista motivacional, la cual, aunque no genera cambios conductuales inmediatos, contribuye favorablemente y produce mejoras moderadas en la adherencia (25).

Intervención sobre el tratamiento: Su propósito es simplificar el esquema terapéutico, procurando que sea fácil de seguir y que presente los menores efectos secundarios posibles (23). Se ha observado que los pacientes muestran mayor adherencia cuando el tratamiento requiere solo una dosis al día (25). Lo mismo ocurre con las recomendaciones vinculadas a cambios en el estilo de vida, como la actividad física: mientras más breves y simples sean estas indicaciones, más alta tiende a ser la adherencia del paciente (24, 26).

Intervención de apoyo social y familiar: Las relaciones sociales ejercen una influencia decisiva en la adherencia, especialmente en pacientes que viven con enfermedades crónicas. Disponer de un entorno que brinde conductas de apoyo como acompañar al paciente a sus citas, ofrecer contención emocional, fomentar

el cumplimiento de las indicaciones médicas o incluso compartir hábitos y actividades saludables favorece notablemente que el paciente mantenga su tratamiento (24). Por el contrario, un ambiente que dificulta o se contrapone a los hábitos requeridos puede obstaculizar la capacidad del paciente para seguir adecuadamente las indicaciones terapéuticas (25).

Técnicas combinadas o de mayor complejidad: Las intervenciones que han mostrado mayor efectividad sostenida en el tiempo suelen ser aquellas que integran diversas estrategias de manera simultánea, combinando distintos enfoques previamente mencionados. La evidencia disponible sugiere que el uso de intervenciones aisladas no produce mejoras significativamente superiores en la adherencia terapéutica (25).

2.2.1.6. Evaluación de la Adherencia Fisioterapéutica

Otra herramienta utilizada para valorar la adherencia al tratamiento fisioterapéutico es el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento Fisioterapéutico (CAF), desarrollado por Moya Nollí CR, Gordillo Sotomayor FM y Bazán CS en el año 2022, es un instrumento diseñado para evaluar el grado de adherencia de los pacientes a las indicaciones fisioterapéuticas. Consta de 20 ítems que permiten medir diversos factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento, clasificando el nivel de adherencia en baja (≤ 56 puntos), moderada (57–68 puntos) y alta (≥ 69 puntos), según el puntaje obtenido. Asimismo, evalúa factores intrínsecos y extrínsecos, proporcionando una visión integral del comportamiento del paciente frente al tratamiento. Este instrumento presenta adecuada validez de contenido, determinada mediante juicio de expertos, y una confiabilidad aceptable, evidenciada por un coeficiente alfa de Cronbach de 0,814, lo que respalda su consistencia interna (26).

Los factores intrínsecos están relacionados con las características propias del paciente, incluyendo aspectos psicológicos, cognitivos y conductuales, como la motivación, la percepción de la enfermedad, la autoeficacia, las creencias sobre el tratamiento, el nivel de conocimiento sobre su condición y la presencia de miedo al movimiento o kinesiofobia. Por su parte, los factores extrínsecos

corresponden a elementos externos que pueden condicionar la adherencia, tales como el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención fisioterapéutica, la relación terapeuta-paciente, el apoyo familiar y social, así como factores económicos, laborales y de disponibilidad de tiempo. Además, características propias del tratamiento, como su duración, complejidad y frecuencia, también influyen en el nivel de cumplimiento terapéutico (26).

En el presente estudio, se utilizó el CAF debido a que permite evaluar de manera integral los factores que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes, facilitando la identificación de barreras y factores asociados al cumplimiento terapéutico. Su aplicación resulta pertinente para el análisis de la asociación entre la adherencia y variables como la kinesiofobia, contribuyendo a una mejor comprensión del comportamiento del paciente dentro del proceso de rehabilitación.

2.2.2. Definición de Kinesiofobia

La kinesiofobia se conceptualiza como un miedo persistente e irracional al movimiento, generalmente impulsado por la percepción de que la actividad física provocará dolor o causará daño adicional (27). Este tipo de temor se enmarca dentro del modelo de evitación del miedo al dolor, que propone que las creencias catastrofistas ante el dolor llevan a respuestas protectoras como la tensión muscular o la inmovilidad. Estas conductas reducen la funcionalidad y perpetúan el ciclo de dolor crónico (3). Clínicamente, se manifiesta con conductas evitativas, resistencia al ejercicio terapéutico y una baja adherencia a programas de rehabilitación, siendo reconocida como una barrera significativa en la recuperación funcional del paciente.

2.2.2.1. Clasificación y niveles de kinesiofobia

La kinesiofobia puede clasificarse según los puntajes obtenidos en la Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17), instrumento ampliamente utilizado para evaluar el miedo al movimiento y la re-lesión en pacientes con dolor musculoesquelético. La puntuación total oscila entre 17 y 68 puntos, permitiendo clasificar los niveles de kinesiofobia en baja (17–33 puntos),

moderada (34–41 puntos) y alta (42–68 puntos). Asimismo, valores iguales o superiores a 34 puntos indican una presencia clínicamente significativa de kinesiofobia (27).

Los pacientes con niveles elevados de kinesiofobia suelen presentar mayor limitación funcional, incremento de conductas de evitación, menor participación en actividades físicas y peor pronóstico clínico. Además, diversos estudios han evidenciado asociación entre altos niveles de kinesiofobia y menor adherencia al tratamiento fisioterapéutico, debido al temor persistente al dolor o a una posible lesión durante el movimiento (27).

De igual manera, la kinesiofobia se relaciona con una mayor percepción del dolor, disminución de la actividad física y reducción de la participación en programas de rehabilitación. Estas manifestaciones afectan negativamente la recuperación funcional y la calidad de vida de los pacientes, especialmente en aquellos con enfermedades musculoesqueléticas de larga evolución. Diversas investigaciones realizadas en pacientes con dolor crónico, lumbalgia, fibromialgia y artritis han reportado una elevada prevalencia de kinesiofobia clínicamente significativa, encontrándose porcentajes superiores al 60 % en distintas poblaciones estudiadas (28-30). Incluso, algunos estudios han descrito prevalencias de hasta el 92 %, dependiendo del tipo de patología, duración del dolor y antecedentes clínicos del paciente (31).

2.2.2.1. Etiología de la kinesiofobia

Desde un enfoque biopsicosocial, la etiología de la kinesiofobia es multifactorial. Las experiencias previas de dolor agudo o crónico, combinadas con una interpretación negativa del dolor como señal de daño estructural severo, contribuyen al desarrollo del miedo al movimiento (3). Además, los mensajes alarmistas de algunos profesionales de la salud, el lenguaje catastrófico utilizado en el entorno clínico, así como la falta de educación al paciente sobre el proceso de recuperación, alimentan creencias disfuncionales y refuerzan el comportamiento evitativo (30).

Asimismo, los modelos familiares o sociales que refuerzan la idea del reposo como forma principal de recuperación ante una lesión pueden perpetuar el miedo a moverse (27).

2.2.2.3. Manifestaciones clínicas en fisioterapia

En fisioterapia, la kinesiofobia se traduce en una actitud hipervigilante hacia el dolor, evasión a la ejecución de movimientos funcionales, respuestas emocionales intensas como ansiedad o frustración al iniciar ejercicios, y verbalizaciones como "esto me va a dañar" o "no quiero lastimarme otra vez" (3, 27). El paciente suele adoptar posturas corporales defensivas, realizar movimientos compensatorios o directamente rechazar la ejecución de actividades terapéuticas. Estos signos clínicos afectan la planificación del tratamiento y dificultan la evolución terapéutica, ya que impiden la adecuada exposición progresiva al movimiento que es fundamental para la rehabilitación.

2.2.2.4. Interacción entre kinesiofobia y adherencia

La relación entre kinesiofobia y adherencia al tratamiento ha sido bien establecida en diversas investigaciones. En pacientes sometidos a cirugía ortopédica, como artroplastias de rodilla, se ha observado que aquellos con mayor puntuación en la escala TSK muestran menor constancia en la realización de ejercicios domiciliarios y mayor tasa de inasistencia a sus sesiones fisioterapéuticas (31, 32). Esto se explica porque el miedo al dolor o al daño asociado con el movimiento interfiere directamente con la voluntad del paciente de participar activamente en el proceso de rehabilitación. Un metaanálisis realizado por Leeuw et al. (33) encontró una correlación negativa moderada entre kinesiofobia y nivel de actividad física, lo que indica que a mayor miedo, menor movimiento. En patologías crónicas como la fibromialgia o la osteoartritis, se ha reportado que entre el 43 % y el 93 % de los pacientes con altos niveles de kinesiofobia tienen también bajos niveles de adherencia y funcionalidad (34).

2.2.2.5. Mecanismos Psicológicos

Entre los principales mecanismos psicológicos implicados se encuentra la catastrofización, definida como la tendencia a interpretar el dolor de forma exagerada y amenazante, generando anticipación negativa hacia cualquier actividad física (35). Asimismo, la hipervigilancia corporal hace que el paciente esté excesivamente atento a las sensaciones físicas mínimas, magnificando su significado clínico. La baja autoeficacia también desempeña un rol central: los pacientes que no confían en su capacidad para moverse sin lesionarse tienden a evitar el movimiento por completo, reforzando así su miedo y su inactividad (3). Otro mecanismo importante es la rumiación, en donde el pensamiento gira en torno al miedo, al daño potencial, y a la posibilidad de empeoramiento del estado físico, dificultando la concentración y la cooperación terapéutica.

2.2.2.6. Mecanismos Conductuales

Conductualmente, la kinesiofobia se manifiesta a través de patrones de evitación, abandono temprano del tratamiento, reducción voluntaria en la intensidad de los ejercicios o directamente rechazo a actividades terapéuticas previamente indicadas (30). También se observa una tendencia a sustituir el ejercicio físico con reposo excesivo o uso constante de ortesis y ayudas externas, incluso cuando ya no son necesarias. En otros casos, los pacientes adaptan movimientos de forma disfuncional, utilizando músculos compensatorios o posturas que incrementan el riesgo de recaídas. Estas conductas no solo interfieren con el tratamiento, sino que a largo plazo deterioran la condición funcional global del paciente.

2.2.2.7. Evaluación de Kinesiofobia Fisioterapéutica

La evaluación sistemática de la kinesiofobia permite al fisioterapeuta identificar las barreras que interfieren con el tratamiento. La Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK) fue desarrollada por Kori RL, Miller RP y Todd DD en 1990, con el propósito de cuantificar el miedo al movimiento o a la re-lesión en pacientes con dolor musculoesquelético. Este instrumento se fundamenta en el modelo de evitación por miedo, el cual explica cómo las creencias de daño y el temor al

dolor pueden llevar a conductas de evitación, disminuyendo la actividad física y afectando negativamente el proceso de recuperación. La versión TSK-17, considerada la forma completa del instrumento, ofrece un panorama más detallado del estado emocional del paciente respecto al movimiento, mientras que la versión abreviada TSK-11 resulta útil para el seguimiento en pacientes con adherencia parcial o riesgo de abandono (27, 29 y 30).

La TSK ha sido ampliamente utilizada y validada en diferentes contextos clínicos y poblaciones demostrando adecuados niveles de validez y confiabilidad. Diversos estudios reportan una consistencia interna aceptable, con valores de alfa de Cronbach que oscilan entre 0,77 y 0,84, lo que respalda su fiabilidad como instrumento de medición del miedo al movimiento (27).

En el presente estudio, la kinesiofobia fue evaluada mediante la Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17), la cual permite cuantificar el nivel de miedo al movimiento a través de una puntuación total que oscila entre 17 y 68 puntos. Para su interpretación, se consideran niveles de kinesiofobia baja (17–33 puntos), moderada (34–41 puntos) y alta (42–68 puntos), lo que facilita su aplicación tanto en el ámbito clínico como en la investigación. Asimismo, su uso permite identificar pacientes con mayor riesgo de evitación del movimiento, baja participación en el tratamiento y posible disminución en la adherencia terapéutica, constituyéndose como una herramienta clave para la planificación de intervenciones fisioterapéuticas individualizadas (27).

2.2.2.8. Abordaje terapéutico en fisioterapia

El tratamiento de la kinesiofobia desde la fisioterapia debe incorporar estrategias cognitivas y conductuales. Una de las más eficaces es la exposición gradual al movimiento, en la cual el paciente realiza progresivamente actividades que teme, bajo supervisión y con refuerzo positivo (36). Asimismo, la educación en neurociencia del dolor ha demostrado ser efectiva para reducir el miedo asociado al dolor, ayudando al paciente a reinterpretar sus síntomas como parte del proceso de recuperación y no como señal de daño (28). También es relevante fomentar la autoeficacia, involucrando al paciente activamente en su tratamiento mediante metas alcanzables, seguimiento y retroalimentación positiva.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General

Hipótesis de investigación:

Ha: Existe una asociación significativa entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

Hipótesis nula:

Ho: No existe una asociación significativa entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

3.1.2. Hipótesis Específicas

H₀₁: No existe asociación significativa entre el nivel de kinesiofobia y los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

H₁₁: Existe asociación significativa entre el nivel de kinesiofobia y los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

H₀₂: No existe asociación significativa entre el nivel de kinesiofobia y los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

H₁₂: Existe asociación significativa entre el nivel de kinesiofobia y los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

3.2. Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Categoría	Valor Final	Escala
Kinesiofobia (TSK-17)	Nivel de Kinesiofobia	-Baja: 17–33 puntos -Moderada: 34–41 puntos -Alta: 42–68 puntos	-Baja Kinesiofobia -Kinesiofobia Moderada -Alta Kinesiofobia	Ordinal
Adherencia al Tratamiento Fisioterapéutico (CAF)	Factores Intrínsecos	Para cada factor se usó la estratificación según mínimo y máximo obtenidos en la muestra: Baja Adherencia: 23–27 puntos Adherencia Moderada: 28–34 puntos Alta Adherencia: 35–38 puntos.	-Baja Adherencia -Adherencia Moderada -Alta Adherencia	Ordinal
	Factores Extrínsecos	Para cada factor se usó la estratificación según mínimo y máximo obtenidos en la muestra: Baja Adherencia: 18–23 puntos Adherencia Moderada: 24–28 puntos Alta Adherencia: 29–33 puntos	-Baja Adherencia -Adherencia Moderada -Alta Adherencia	Ordinal

Factores Sociodemográficos

Edad	Grupo Etario	-Jóvenes adultos: 18–39	-Jóvenes adultos	Razón
		-Adultos	-Adultos medios	
		Medios: 40–59	-Adultos	
		-Adultos Mayores ≥ 60	mayores	

Sexo	Sexo del participante	—	-Masculino	Nominal
			-Femenino	

Nota. Elaboración propia a partir de los instrumentos validados utilizados en el estudio (26 y 27).

Capítulo IV: Metodología de la Investigación

4.1. Diseño de investigación

Nivel

El presente estudio fue de nivel relacional, dado que tuvo como propósito analizar la asociación entre dos variables: la adherencia al tratamiento fisioterapéutico y el nivel de kinesiofobia. Según la clasificación metodológica propuesta por Supo, este nivel de investigación busca determinar la existencia y magnitud de la asociación entre dos o más variables, sin establecer relaciones de causalidad (37).

Diseño

El diseño corresponde a un estudio epidemiológico analítico de corte transversal, en el cual se analizaron las dos variables principales en un único momento de medición de acuerdo con lo propuesto por Supo (37).

Tipo de investigación:

Según la clasificación metodológica propuesta por Supo, el presente estudio se caracteriza por ser:

- Según la intervención del investigador: Observacional, ya que se centró en la recopilación de datos sin intervención por parte del investigador (37).
- Según la planificación de la toma de datos: Prospectivo, dado que los datos se recopilaban al inicio del estudio, siguiendo un plan de investigación con un tiempo predefinido (37).
- Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio: Transversal, pues la toma de datos se realizó en un solo momento (37).
- Según el número de variables de estudio: Analítico, permitiendo identificar patrones de correlación y comprender la relación recíproca entre las variables (37).

4.2. Ámbito de estudio

El Centro de Terapia Física y Rehabilitación (CENTYR) abrió sus puertas al público en octubre de 2017 como parte de la Escuela Profesional de Tecnología Médica. Desde entonces, ha proporcionado servicios a la comunidad tacneña a precios accesibles. Los

servicios son realizados por estudiantes avanzados de la carrera de Tecnología Médica con especialización en Terapia Física y Rehabilitación, quienes son supervisados de manera continua por licenciados altamente calificados en áreas como Pediatría, Neurología, Traumatología, Cardiorrespiratorio, así como también el uso de Agentes Físicos.

4.3. Población y muestra

La población estuvo conformada por los pacientes que acudieron al Centro de Terapia Física y Rehabilitación (CENTYR) durante el segundo semestre académico del año 2025, tomando como referencia los registros del año 2024, en el cual se atendieron 355 pacientes. Para determinar el tamaño muestral, se aplicó la fórmula para población finita utilizando el programa EPIDAT 4.2, con un nivel de confianza del 95 % ($Z = 1,96$), una proporción esperada de 50 % ($p = 0,5$), un margen de error del 5 % ($e = 0,05$) y su complemento $q = 0,5$. Con estos parámetros, se obtuvo un tamaño muestral estimado de 185 participantes.

El estudio empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, no obstante, durante el proceso de recolección de datos, la muestra efectiva estuvo conformada por 113 pacientes, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos y completaron adecuadamente los instrumentos de evaluación. Esta diferencia se debe a limitaciones propias del contexto clínico, como la variabilidad en la asistencia de los pacientes, la disponibilidad para participar en el estudio y el cumplimiento del número mínimo de sesiones requeridas.

En consecuencia, el análisis estadístico se realizó con la muestra accesible, garantizando la validez de los resultados dentro del contexto del estudio.

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

Donde:

- n = tamaño de la muestra
- N = tamaño de la población (355)
- Z = valor correspondiente al nivel de confianza (1.96 para 95%)
- p = proporción esperada (0.5)
- q = 1 – p (0.5)
- e = margen de error permitido (0.05)

4.3. Criterios de inclusión

- Pacientes que hayan iniciado un tratamiento fisioterapéutico y tengan como mínimo 5 sesiones en “CENTYR” de la Universidad Privada de Tacna durante el año 2025.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que hayan proporcionado consentimiento informado para participar en el estudio.

4.3. Criterios de exclusión

- Pacientes con condiciones médicas o psicológicas severas que puedan interferir con la adherencia al tratamiento o con la evaluación de kinesiofobia, tales como esquizofrenia, demencia, etc.

4.4. Técnica y ficha de recolección de datos

4.4.1. Técnica

La técnica empleada fue la encuesta, debido a que la recolección de datos se realizó mediante instrumentos autoadministrados aplicados a los pacientes participantes del estudio.

4.4.2. Instrumentos

Se utilizaron como instrumentos de recolección de datos el Cuestionario de Adherencia a la Fisioterapia (CAF) y la Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17).

El Cuestionario de Adherencia a la Fisioterapia (CAF), desarrollado por Moya Nolli CR, Gordillo Sotomayor FM y Bazán CS en el año 2022, tiene como finalidad evaluar los factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. El instrumento consta de 20 ítems y fue validado a nivel nacional en una muestra de 110 pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación del Perú, mediante juicio de expertos, evidenciando adecuada validez de contenido y una confiabilidad aceptable, reportando un alfa de Cronbach de 0,814 y un coeficiente de validez de 0,75, lo que respalda su consistencia interna y aplicabilidad en población peruana (26).

El instrumento se encuentra dividido en dos dimensiones de 10 ítems cada una, correspondientes a factores intrínsecos y extrínsecos, con un puntaje máximo de 40 puntos por dimensión y 80 puntos en total (26).

Esto permitió realizar tanto un análisis global de la adherencia como una evaluación independiente de cada factor; para ello, las dimensiones intrínseca y extrínseca fueron estratificadas en niveles bajo, moderado y alto, considerando los valores mínimos y máximos obtenidos en la muestra de estudio.

Tabla 1. Ficha técnica del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento Fisioterapéutico (CAF)

Aspecto	Valor
Nombre	Cuestionario de Adherencia al Tratamiento Fisioterapéutico (CAF)
Autor	Moya Nolli CR, Gordillo Sotomayor FM, Bazán CS
Administración	Autoadministrado por el paciente
Duración	15 minutos
Propiedades psicométricas	Alfa de Cronbach: 0,814; coeficiente de validez ($r = 0,75$)
Estructura y descripción	Consta de 20 ítems que evalúan la adherencia al tratamiento fisioterapéutico mediante factores intrínsecos y extrínsecos. El instrumento se califica mediante escala tipo Likert con alternativas de respuesta adaptadas según el ítem. -Nunca = 0 -Casi Nunca = 1 - A veces = 2 -Casi siempre = 3 -Siempre = 4 Puntaje Total: · Baja Adherencia: ≤ 56 · Adherencia Media: 57–68 · Alta Adherencia: ≥ 69

Nota. Adaptado de Moya Nolli CR, Gordillo Sotomayor FM, Bazán CS (26).

Además del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento Fisioterapéutico (CAF), se aplicó la Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17) para evaluar el nivel de miedo al movimiento en los pacientes.

La Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17) fue desarrollada originalmente por Kori RL, Miller RP y Todd DD en 1990, con la finalidad de cuantificar el temor al movimiento o a la actividad física en individuos con dolor musculoesquelético, especialmente en contextos de dolor crónico (27). Posteriormente, el instrumento fue sometido a diversos procesos de validación y adaptación transcultural en diferentes poblaciones clínicas. Gómez-Pérez L., et al., de la Universidad de Málaga (España), realizaron la adaptación y validación de la versión española de la escala, evidenciando adecuadas propiedades psicométricas y aplicabilidad clínica en pacientes con dolor musculoesquelético (38). Asimismo, Roelofs J., et al., de la Universidad de Maastricht (Países Bajos), evaluaron la consistencia interna y las propiedades psicométricas de la TSK en pacientes con dolor lumbar crónico y fibromialgia, reportando coeficientes alfa de Cronbach entre 0,77 y 0,84, lo que respalda su adecuada confiabilidad y utilización en el ámbito clínico y de investigación internacional (39).

En el contexto peruano, la Escala Tampa de Kinesiofobia fue aplicada y validada por Coaquira FH en el año 2023, mediante un estudio realizado en 218 pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física del Perú. La investigación evidenció adecuada aplicabilidad clínica, consistencia interna y validez del instrumento en población peruana con dolor musculoesquelético, reportando un alfa de Cronbach de 0,79, lo que contribuye a su utilización como herramienta confiable para la evaluación del miedo al movimiento en el ámbito nacional (40).

La escala está compuesta por 17 ítems que evalúan dimensiones cognitivas y conductuales relacionadas con el miedo al movimiento, tales como creencias de daño físico, catastrofización, hipervigilancia y disminución de la autoeficacia. Se emplea una escala tipo Likert de 4 puntos por ítem, donde 1 corresponde a “totalmente en desacuerdo” y 4 a “totalmente de acuerdo”. La puntuación total oscila entre 17 y 68 puntos; a mayor puntaje, mayor nivel de kinesiofobia. Debido a

sus adecuadas propiedades psicométricas, la TSK-17 se ha consolidado como una herramienta de referencia internacional en el ámbito clínico y de investigación para la evaluación de la kinesiofobia (27).

Tabla 2. Ficha técnica de la Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17)

Aspecto	Valor
Nombre	Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17)
Autor	Kori, Miller y Todd
Administración	Autoadministrado por el paciente
Duración	10 - 15 minutos aproximadamente
Propiedades psicométricas	Alfa de Cronbach: 0,79
Estructura y descripción	Consta de 17 ítems distribuidos en factores como miedo al dolor, evitación, y creencias disfuncionales. Escala Likert (1 a 4). Puntuación total: 17–68 puntos: · 17-33: Baja kinesiofobia · 34-41: Moderada kinesiofobia · 42-68: Alta kinesiofobia

Nota. Adaptado de Kori RL, Miller RP (1990), Roelofs J. et al.(2004) y Coaquira FH (2023). (27, 38, 39).

Capítulo V: Procedimiento de análisis

5.1. Procedimiento de recojo de datos

Antes de iniciar la recolección de información, se brindó a los participantes una explicación detallada sobre los objetivos y alcances del estudio, solicitando posteriormente la firma del consentimiento informado. Solo fueron incluidos aquellos pacientes mayores de 18 años, que contaban con un mínimo de cinco sesiones de fisioterapia y que aceptaron participar voluntariamente.

Además, se revisó el registro de asistencias del servicio como medida complementaria para corroborar que los participantes cumplieran con el mínimo de sesiones requerido y para verificar la coherencia de la información autodeclarada en relación con su continuidad terapéutica. Este registro no se empleó como instrumento de evaluación, sino como un mecanismo de control de calidad de los datos.

A los participantes que cumplieron con estos criterios se les aplicó el Cuestionario de Adherencia a la Fisioterapia (CAF) y la Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17). Los datos obtenidos fueron organizados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y posteriormente analizados mediante el software estadístico IBM SPSS. Para el análisis de los datos, se empleó estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas y relativas para la presentación de las características sociodemográficas y de las variables de estudio. Asimismo, para determinar la asociación entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico, así como sus dimensiones, se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado de Pearson. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Los resultados se presentan en tablas y gráficos para facilitar su interpretación.

5.2. Consideraciones éticas

La participación fue voluntaria y se aseguró mediante la firma del consentimiento informado. Los datos proporcionados por los participantes fueron manejados de forma confidencial y anónima, respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las normas establecidas por el Comité de Ética correspondiente (Anexo 1).

Capítulo VI: Resultados

Tabla 3. Características sociodemográficas de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

GRUPO DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 - 39	31	50,00	27	52,94	58	51,33
40 - 59	24	38,71	11	21,57	35	30,97
≥ 60	7	11,29	13	25,49	20	17,70
TOTAL	62	54,87	51	45,13	113	100,00

Nota: Datos recolectados mediante la ficha sociodemográfica aplicada a los pacientes del CENTYR, Tacna – 2025.

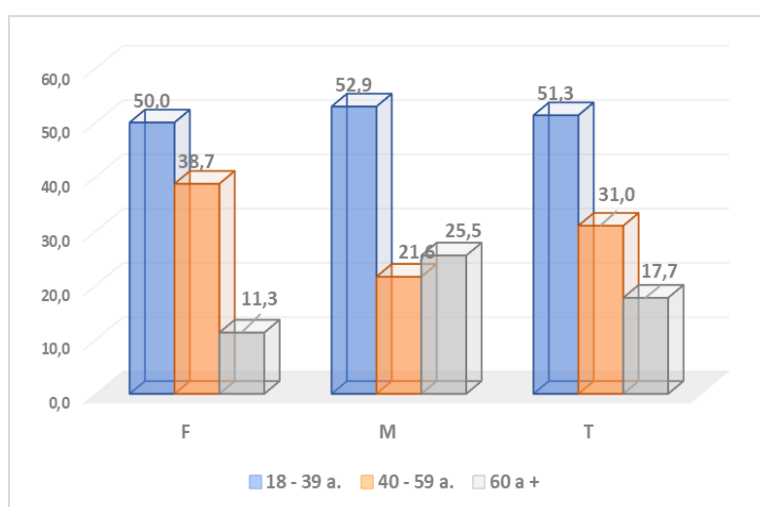


Figura 1. Características Sociodemográficas de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

En la tabla 3 observamos que de un total de 113 pacientes seleccionados como muestra de estudio, según las características sociodemográficas predomina el sexo femenino (n=62) 54,86%, la edad promedio es 37 años, destaca el grupo de edad de 18 a 39 años con 51,33% y le sigue en importancia el grupo de edad de 40 a 59 años con 30,97%. Se interpreta con más claridad en la Figura 1.

Tabla 4. Características sociodemográficas según sexo y nivel de kinesiofobia de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

NIVEL DE KINESIOFOBIA	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJA	43	69,35	28	54,90	71	62,83
MODERADA	15	24,19	20	39,22	35	30,97
ALTA	4	6,45	3	5,88	7	6,19
TOTAL	62	100,00	51	100,00	113	100,00

Nota: Datos recolectados mediante la Escala de Kinesiofobia de Tampa (TSK) aplicada a los pacientes del CENTYR, Tacna – 2025

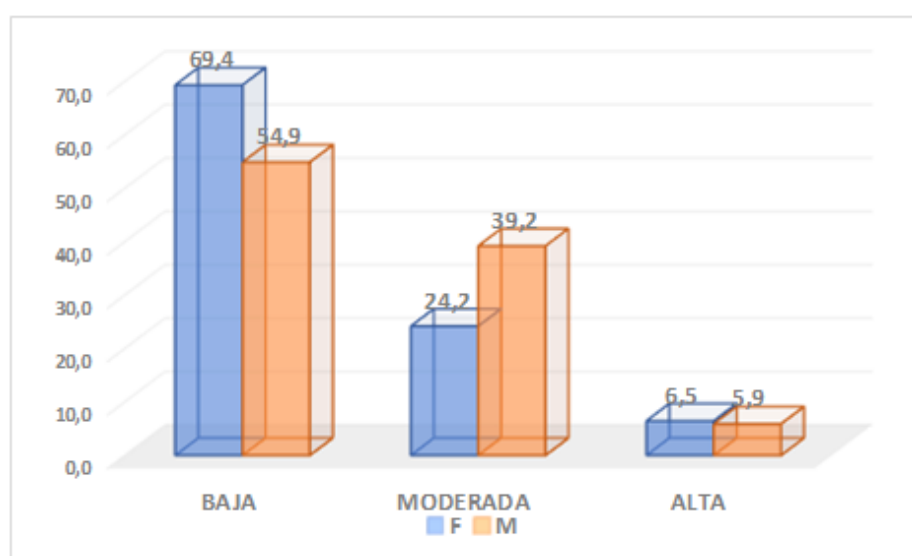


Figura 2. Características sociodemográficas según sexo y nivel de kinesiofobia de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

Se encontró en la Tabla 4 que el nivel de kinesiofobia de mayor frecuencia es baja con 62,83%, y el 30,97% presenta un nivel moderado, en menor porcentaje el 6,19%. Según nivel de kinesiofobia baja y sexo, predomina el sexo femenino con 63,35% y en nivel de kinesiofobia moderada y sexo, destaca el sexo masculino con 39,22%.

Tabla 5. Características sociodemográficas según edad y nivel de kinesiofobia de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

NIVEL DE KINESIOFOBIA	GRUPO DE EDAD						TOTAL	
	18 - 39 a.		40 - 59 a.		≥ 60 a.			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJA	41	70,69	19	54,29	11	55	71	62,83
MODERADA	15	25,86	12	34,29	8	40	35	30,97
ALTA	2	3,45	4	11,43	1	5	7	6,19
TOTAL	58	100,00	35	100,00	20	100	113	100,00

Nota: Datos recolectados mediante la Escala de Kinesiofobia de Tampa (TSK) aplicada a los pacientes del CENTYR, Tacna – 2025.

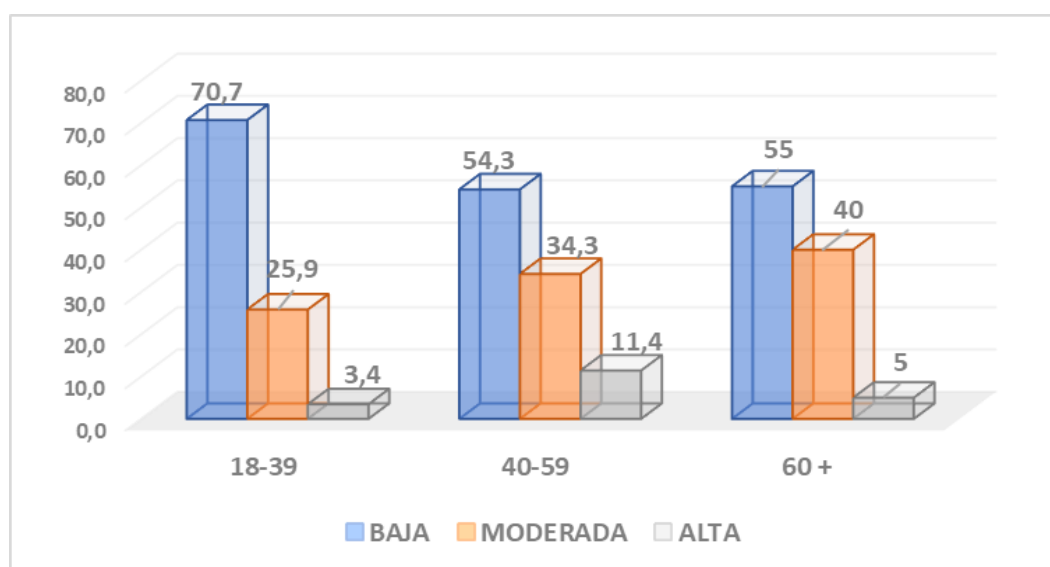


Figura 3. Características sociodemográficas según edad y nivel de kinesiofobia de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

En la Tabla 5, observamos que el grupo de edad de 18 a 39 años con nivel de kinesiofobia baja presenta una mayor frecuencia con 70,69%. Asimismo, en el nivel de kinesiofobia moderada destaca el grupo de edad de 40 a 59 años (34,29%). Cabe mencionar que del grupo con nivel de kinesiofobia alta (n=7) el grupo de edad de 40 – 59 años representa un 11,43% de su grupo.

Tabla 6. Características sociodemográficas según sexo y nivel de adherencia al tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

NIVEL DE ADHERENCIA	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJA	19	30,65	20	39,22	39	34,51
MODERADA	30	48,39	20	39,22	50	44,25
ALTA	13	20,97	11	21,57	24	21,24
TOTAL	62	100,00	51	100,00	113	100,00

Nota: Datos recolectados mediante el Cuestionario de Adherencia a la Fisioterapia (CAF) aplicado a los pacientes del CENTYR, Tacna – 2025.

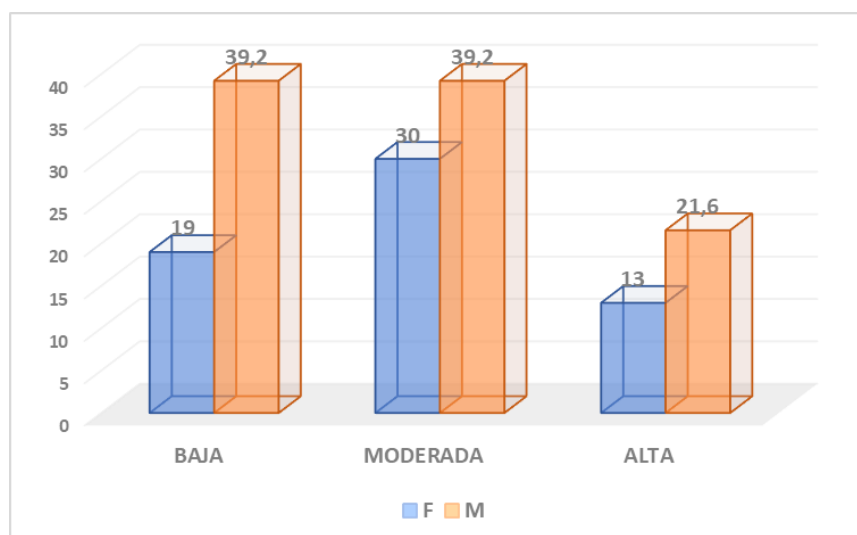


Figura 4. Características sociodemográficas según sexo y nivel de adherencia al tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

En la Tabla 6 se observa que el nivel de adherencia moderada representa el 44,25%, en segundo lugar, está el nivel de adherencia bajo con 34,51% y el nivel de adherencia alto 21,24% del total de la población de estudio. La variable sexo y nivel de adherencia, se encontró que en el nivel de adherencia bajo predomina el sexo masculino con respecto a femenino (39,22%) y en el nivel de adherencia moderado el 48,49% es de sexo femenino.

Tabla 7. Características sociodemográficas según edad y nivel de adherencia al tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

NIVEL DE ADHERENCIA	GRUPO DE EDAD						TOTAL	
	18 - 39 a.		40 - 59 a.		≥ 60 a.			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJA	20	34,48	10	28,57	9	45	39	34,51
MODERADA	23	39,66	18	51,43	9	45	50	44,25
ALTA	15	25,86	7	20,00	2	10	24	21,24
TOTAL	58	100,00	35	100,00	20	100	113	100,00

Nota: Datos recolectados mediante el Cuestionario de Adherencia a la Fisioterapia (CAF) aplicado a los pacientes del CENTYR, Tacna – 2025.

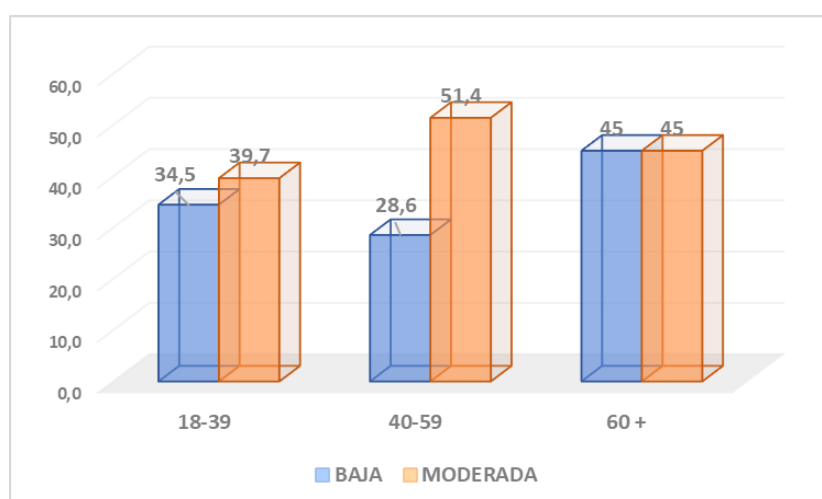


Figura 5. Características sociodemográficas según edad y nivel de adherencia al tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

Como lo muestra la Tabla 7, de las características sociodemográficas según edad y adherencia destaca que en el nivel de adherencia moderada predomina el grupo de edad de 40-49 años con 51,43% , le sigue en importancia el grupo de edad de 18-39 años y adherencia baja con 34,48%. En el grupo de adherencia alta presentan un porcentaje de 25,86% y 20% en los grupos de edad de 18 – 39 años y 40,59% respectivamente.

Tabla 8. Distribución descriptiva de la kinesiofobia según la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes de CENTYR, 2025.

KINESIOFOBIA	ADHERENCIA A TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO							
	BAJA		MODERADA		ALTA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJA	24	61,54	27	54,00	20	83,33	71	62,83
MODERADA	10	25,64	21	42,00	4	16,67	35	30,97
ALTA	5	12,82	2	4,00	0	0,00	7	6,19
TOTAL	39	100,00	50	100,00	24	100,00	113	100,00

Nota: Datos recolectados mediante la Escala de Kinesiofobia de Tampa (TSK) y el Cuestionario de Adherencia a la Fisioterapia (CAF) aplicados a los pacientes del CENTYR, Tacna – 2025.

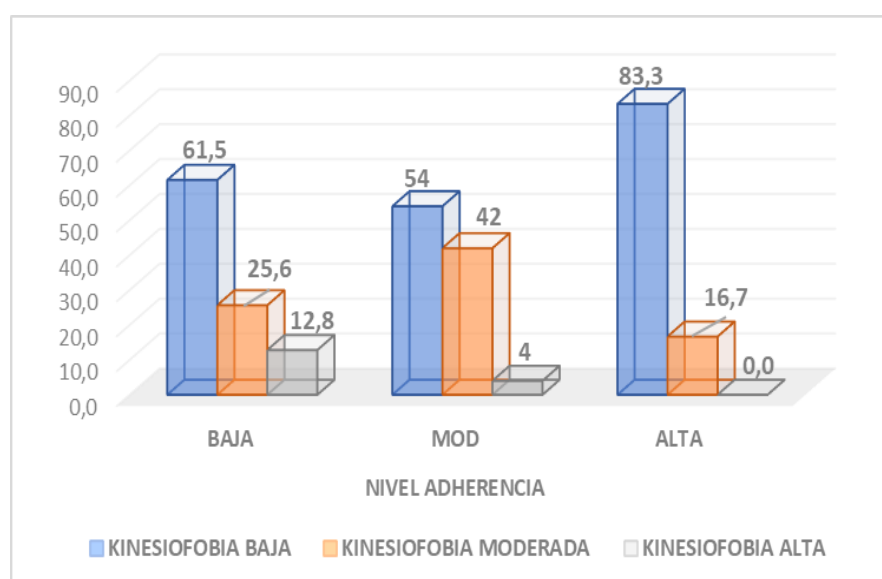


Figura 6. Distribución descriptiva de la kinesiofobia según la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes de CENTYR, 2025.

En la Tabla 8, se observa la distribución de los niveles de kinesiofobia según la adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

Los pacientes con kinesiofobia baja presentan los porcentajes más altos de adherencia alta (83,3%) y moderada (54,0%), mientras que los que tienen kinesiofobia alta muestran principalmente niveles bajos de adherencia (12,8%) y ningún caso con adherencia alta.

De manera general, los resultados sugieren que a menor kinesiofobia, mayor adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

Tabla 9. Distribución descriptiva del nivel de kinesiofobia según los factores intrínsecos de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes de CENTYR, 2025.

NIVEL DE KINESIOFOBIA	FACTOR INTRÍNSECO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO							
	BAJA		MODERADA		ALTA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJA	1	16,67	50	60,24	20	83,33	71	62,83
MODERADA	1	16,67	30	36,14	4	16,67	35	30,97
ALTA	4	66,67	3	3,61	0	0,00	7	6,19
TOTAL	6	100,00	83	100,00	24	100,00	113	100,00

Nota: Datos recolectados mediante la Escala de Kinesiofobia de Tampa (TSK) y el Cuestionario de Adherencia a la Fisioterapia (CAF) (dimensión de factores intrínsecos) aplicados a los pacientes del CENTYR, Tacna – 2025.

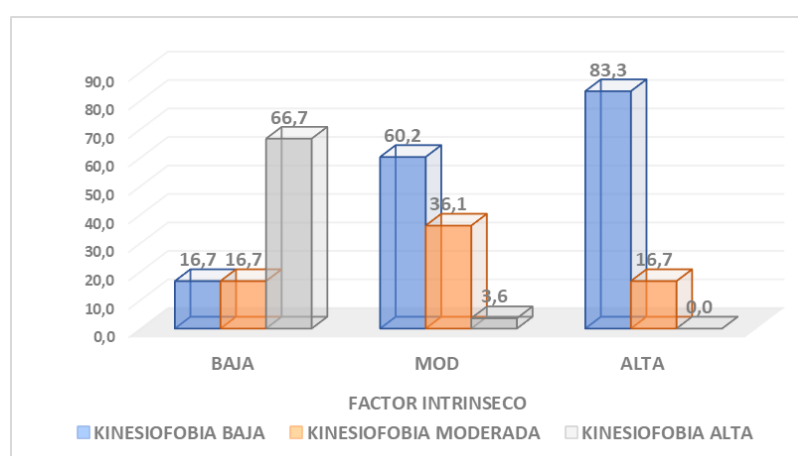


Figura 7. Distribución descriptiva del nivel de kinesiofobia según los factores intrínsecos de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes de CENTYR, 2025.

En la Tabla 9, se observa la distribución de los niveles de kinesiofobia según los factores intrínsecos de adherencia al tratamiento fisioterapéutico..

Se observa que los pacientes con kinesiofobia baja presentan los mayores porcentajes de adherencia alta (83,33%) y moderada (60,24%), mientras que aquellos con kinesiofobia alta se concentran principalmente en la adherencia baja (66,67%), sin casos con adherencia alta.

En términos generales, los resultados permiten identificar una tendencia en la que niveles bajos de kinesiofobia se asocian con mayor adherencia intrínseca, lo cual sugiere que una menor percepción de miedo al movimiento podría favorecer la motivación interna para cumplir con el tratamiento.

Tabla 10. Distribución descriptiva del nivel de kinesiofobia según los factores extrínsecos de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes de CENTYR, 2025.

NIVEL DE KINESIOFOBIA	FACTOR EXTRÍNSECO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO							
	BAJA		MODERADA		ALTA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJA	23	62,16	23	54,76	25	73,53	71	62,83
MODERADA	10	27,03	17	40,48	8	23,53	35	30,97
ALTA	4	10,81	2	4,76	1	2,94	7	6,19
TOTAL	37	100,00	42	100,00	34	100,00	113	100,00

Nota: Datos recolectados mediante la Escala de Kinesiofobia de Tampa (TSK) y el Cuestionario de Adherencia a la Fisioterapia (CAF) (dimensión de factores extrínsecos) aplicados a los pacientes del CENTYR, Tacna – 2025.

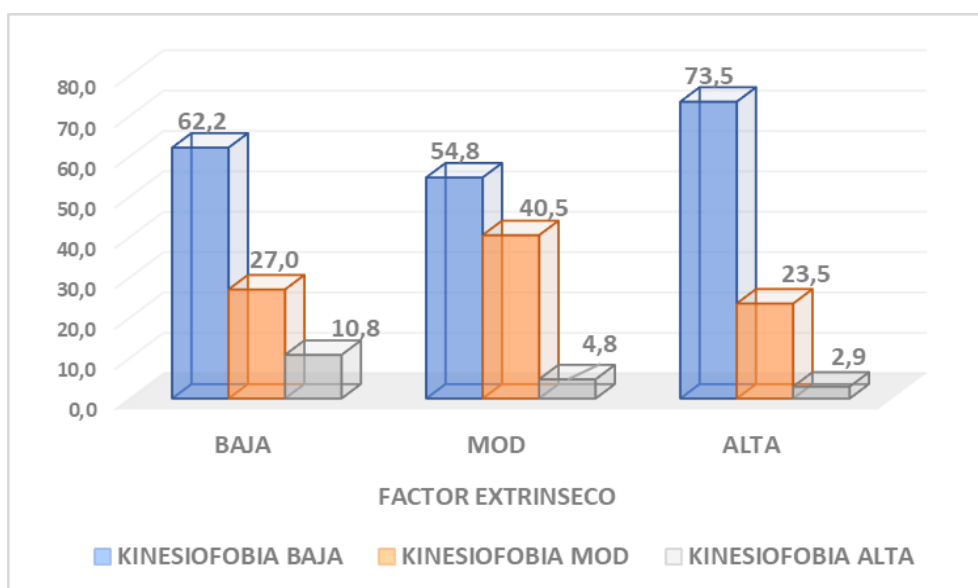


Figura 8. Distribución descriptiva del nivel de kinesiofobia según los factores extrínsecos de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes de CENTYR, 2025.

En la Tabla 10, se presenta la distribución de niveles de kinesiofobia según los factores extrínsecos de adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

Se observa que los pacientes con kinesiofobia baja concentran los mayores porcentajes de adherencia alta (73,53%) y moderada (54,76%), mientras que aquellos con kinesiofobia alta presentan principalmente adherencia baja (10,81%) y porcentajes mínimos de adherencia alta (2,94%).

Capítulo VII: Informe de Fiabilidad de Instrumentos

Evaluación de fiabilidad del instrumento: Escala Tampa de kinesiofobia

La fiabilidad se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α), considerando aceptable un valor ≥ 0.70 .

- Número de ítems del instrumento: 17
- Muestra utilizada para el análisis: N = 113

Tabla 11. Prueba de Fiabilidad de Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,932	,934	17

Nota. Base de datos de SPSS

El instrumento presenta una consistencia interna adecuada en todas sus dimensiones, con un alfa global superior a 0.80, lo que indica que los ítems miden de forma coherente el constructo propuesto.

Evaluación de fiabilidad del instrumento: Cuestionario de adherencia en el tratamiento en fisioterapia (CAF)

La fiabilidad se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α), considerando aceptable un valor ≥ 0.70 .

- Número de ítems del instrumento: 20
- Muestra utilizada para el análisis: N = 113

Tabla 12. Prueba de Cuestionario de adherencia en el tratamiento en fisioterapia (CAF)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,871	,911	20

Nota. Base de datos de SPSS

El instrumento presenta una consistencia interna adecuada en todas sus dimensiones, con un alfa global superior a 0.80, lo que indica que los ítems miden de forma coherente el constructo propuesto.

Capítulo VIII: Prueba de Normalidad de Variables

Tabla 13. Análisis de normalidad de la variable kinesiofobia de pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025

	Kolmogórov – Smirnov (a)		
	Estadístico	gl	sig.
Kinesiofobia	,209	113	,000

Nota. Base de datos de SPSS

Al aplicar la prueba de normalidad de Kolmogorov smirnov, muestra que el p valor es <0,05 la variable kinesiofobia no sigue una distribución normal. Para determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre dos variables se usará la prueba no paramétricas X^2 (chi cuadrado).

Tabla 14. Análisis de normalidad de la variable adherencia de pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025

	Kolmogórov – Smirnov (a)		
	Estadístico	gl	sig.
Adherencia Fisioterapéutica	,171	113	,000

Nota. Base de datos de SPSS

La prueba de normalidad de Kolmogorov smirnov N, muestra que el p valor es <0,05 la variable adherencia no sigue una distribución normal. Para determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre dos variables se usará la prueba no paramétricas X^2 (chi cuadrado).

Capítulo IX: Contrastación de Objetivos e Hipótesis

Objetivo general

Determinar la asociación entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

Hipótesis General

Ho: No existe asociación significativa entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

Ha: Existe asociación significativa entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

Tabla 15. Asociación entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

	Valor	gl	Significación		Valor	Significación
			Asintótica			aproximada
Chi – Cuadrado de Pearson	10,783 ^a	4	,029	Prueba de V de Cramer	0,55	,020
N de casos validados	113				113	

Nota. P<0.05 P= 0.029

La prueba de Chi-cuadrado de independencia obtuvo un valor de $\chi^2 = 10.783$, con 4 grados de libertad y un nivel de significancia $p = 0.029$, el cual es menor que el nivel de significancia establecido ($\alpha = 0.05$).

En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), concluyendo que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de kinesiophobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes atendidos en CENTYR.

Asimismo, la medida de asociación representada por la V de Cramer ($V = 0.55$) evidenció una magnitud de asociación moderada entre ambas variables, sugiriendo que los niveles de kinesiophobia podrían asociarse con el grado de adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

Estos resultados permiten confirmar el cumplimiento del objetivo general del estudio, ya que se logró determinar una asociación significativa entre ambas variables principales. Asimismo, se respalda la hipótesis general alterna, indicando que el nivel de kinesiophobia se asocia con la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes evaluados.

Objetivo Específico 1

Determinar la asociación entre el nivel de kinesiophobia y los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

Hipótesis Específica 1

H₀₁: No existe asociación significativa entre el nivel de kinesiophobia y los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

H₁₁: Existe asociación significativa entre el nivel de kinesiophobia y los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

Tabla 16. Asociación entre el nivel de kinesiofobia y los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

	Valor	gl	Significación		Valor	Significación
			Asintótica			aproximada
Chi – Cuadrado de Pearson	44,226 ^a	4	,000	Prueba de V de Cramer	0,134	,020
N de casos validados	113				113	

Nota. P<0.05 P<0.001

La prueba de Chi-cuadrado de independencia reportó un valor de $\chi^2 = 44.226$, con 4 grados de libertad y un nivel de significancia $p < 0.001$ (< 0.05).

Dado que el valor de p es menor al nivel de significancia establecido, se rechaza la hipótesis nula (H_{01}) y se acepta la hipótesis alterna (H_{11}). Esto indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de kinesiofobia y los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes evaluados.

Asimismo, la medida de asociación mediante la V de Cramer ($V = 0.134$) evidenció una magnitud de asociación débil, aunque estadísticamente significativa. Esto sugiere que los factores intrínsecos, como la motivación personal, la autoconfianza y la disposición individual hacia el tratamiento, podrían verse relacionados con el nivel de kinesiofobia, observándose que menores niveles de miedo al movimiento se asocian con una mayor adherencia intrínseca.

Objetivo Específico 2:

Determinar la asociación entre el nivel de kinesiofobia y los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

Hipótesis Específica 2

H₀₂: No existe asociación significativa entre el nivel de kinesiofobia y los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

H₁₂: Existe asociación significativa entre el nivel de kinesiofobia y los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

Tabla 17. Asociación entre el nivel de kinesiofobia y los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.

	Valor	gl	Significación		Valor	Significación
			Asintótica			aproximada
Chi – Cuadrado de Pearson	5,069 ^a	4	,280	Prueba de V de Cramer	0,23	,294
N de casos validados	113				113	

Nota. P>0.05 P= 0.280

La prueba de Chi-cuadrado de independencia arrojó un valor de $\chi^2 = 5.069$, con 4 grados de libertad y un nivel de significancia $p = 0.280 (> 0.05)$.

Dado que el valor de p es mayor al nivel de significancia establecido, no se rechaza la hipótesis nula (H_{02}) y se rechaza la hipótesis alterna (H_{12}). Esto indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de kinesiofobia y los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

En otras palabras, factores externos como el apoyo familiar, las condiciones económicas, la accesibilidad al servicio o el entorno social no mostraron relación significativa con el nivel de kinesiofobia de los pacientes evaluados.

Asimismo, la medida de asociación mediante la V de Cramer ($V = 0.23$) evidenció una magnitud de asociación débil y no significativa, lo que respalda la independencia entre ambas variables.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento fisioterapéutico y el nivel de kinesiofobia en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025. Los resultados evidenciaron una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, lo que sugiere una asociación entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Asimismo, se encontró una asociación significativa entre la kinesiofobia y los factores intrínsecos de adherencia, mientras que no se evidenció una relación significativa con los factores extrínsecos.

Estos resultados permiten responder a la pregunta de investigación planteada, respaldando la hipótesis general del estudio, en la cual se establece que un mayor nivel de kinesiofobia se asocia con una menor adherencia al tratamiento fisioterapéutico. En este sentido, se observó que los pacientes con bajos niveles de kinesiofobia presentaron mayor adherencia, mientras que aquellos con niveles elevados mostraron menor cumplimiento terapéutico.

Asimismo, la magnitud de asociación obtenida mediante la V de Cramer fue moderada ($V = 0.55$), evidenciando una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Este hallazgo posee relevancia clínica, ya que sugiere que las creencias y emociones del paciente podrían relacionarse con el compromiso y la continuidad en el proceso fisioterapéutico. La asociación significativa con los factores intrínsecos podría explicarse debido a que la kinesiofobia, como respuesta emocional frente al miedo al dolor o al movimiento, se relaciona con la autoeficacia, la motivación y la disposición del paciente hacia la rehabilitación. Por el contrario, los factores extrínsecos, como el entorno o el apoyo del terapeuta, dependen de variables externas menos influenciadas por el componente psicológico individual.

Los resultados del presente estudio coinciden con lo reportado por Zhou et al. (5), quienes evidenciaron que la kinesiofobia actúa como un factor mediador que reduce la autoeficacia y limita la participación activa del paciente en los ejercicios de rehabilitación. De manera similar, Yao et al. (6) encontraron que los pacientes con mayores niveles de kinesiofobia

presentan una recuperación más lenta, menor rango de movimiento y menor compromiso terapéutico, lo cual guarda coherencia con los hallazgos obtenidos en esta investigación.

Asimismo, los resultados concuerdan con lo señalado por Huang et al. (7), quienes destacan que la kinesiofobia constituye un factor que disminuye la motivación, la autoeficacia y la constancia del paciente durante el proceso de rehabilitación, afectando componentes internos relacionados con la adherencia terapéutica. Este patrón coincide con lo evidenciado en el presente estudio, donde la asociación significativa se encontró específicamente con los factores intrínsecos de adherencia, vinculados con la motivación, la autoconfianza, la disposición personal y el compromiso del paciente frente al tratamiento fisioterapéutico.

Por otro lado, los hallazgos también son consistentes con lo reportado por Wlazło et al. (8), quienes concluyen que la kinesiofobia afecta principalmente las dimensiones internas del comportamiento del paciente, más que los factores externos del entorno. En la misma línea, Zhang et al. (9) señalan que la kinesiofobia influye sobre la percepción del movimiento, el miedo anticipatorio y la autoeficacia, sin modificar significativamente factores extrínsecos como el apoyo social o las condiciones del sistema de salud.

En conjunto, estos antecedentes respaldan los resultados del presente estudio, sugiriendo que la kinesiofobia podría relacionarse principalmente con los factores intrínsecos de la adherencia terapéutica, especialmente con aquellos relacionados con la motivación y la continuidad del tratamiento fisioterapéutico.

Desde el punto de vista teórico, los resultados aportan evidencia empírica al campo de la fisioterapia clínica, sugiriendo que la kinesiofobia no solo constituye una respuesta emocional, sino también un factor potencialmente relacionado con el cumplimiento terapéutico. Esto refuerza el modelo biopsicosocial del dolor, destacando la importancia de integrar factores cognitivos y emocionales en la planificación del tratamiento fisioterapéutico.

En el ámbito práctico, los hallazgos sugieren la necesidad de identificar tempranamente los niveles de kinesiofobia mediante instrumentos validados y aplicar estrategias orientadas a fortalecer la confianza y participación del paciente durante el tratamiento. Entre estas intervenciones destacan la educación en neurociencia del dolor, la exposición progresiva al movimiento y el acompañamiento terapéutico centrado en el paciente. Asimismo, las instituciones de salud podrían fortalecer programas de sensibilización y comunicación terapéutica, con el fin de favorecer la adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

Desde la perspectiva de la sostenibilidad en salud, estos resultados enfatizan la necesidad de promover intervenciones fisioterapéuticas integrales que contemplen tanto los componentes físicos como los psicológicos del paciente, contribuyendo al logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible N.º 3, relacionado con la salud y el bienestar.

En cuanto a las limitaciones del estudio, el diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad entre las variables, el tamaño muestral podría limitar la generalización de los resultados y el uso de instrumentos autoinformados podría introducir sesgos de percepción. No obstante, los instrumentos utilizados presentan adecuados niveles de validez y confiabilidad, lo que respalda la consistencia de los resultados obtenidos.

Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones consideren diseños longitudinales o experimentales que permitan evaluar la evolución de la kinesiofobia a lo largo del proceso de rehabilitación, así como su impacto sostenido en la adherencia terapéutica. También sería pertinente explorar variables adicionales como la autoeficacia, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, así como evaluar la efectividad de intervenciones dirigidas a reducir el miedo al movimiento en diferentes contextos clínicos.

CONCLUSIONES

PRIMERA

El estudio evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de kinesiophobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes evaluados ($p = 0.029$). Asimismo, la magnitud de asociación obtenida mediante la V de Cramer fue moderada ($V = 0.55$), lo que sugiere que mayores niveles de kinesiophobia se asocian con menor adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Estos resultados permitieron cumplir el objetivo general del estudio, resaltando la importancia de identificar y abordar el miedo al movimiento durante el proceso de rehabilitación.

SEGUNDA

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de kinesiophobia y los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico ($p < 0.001$). No obstante, la magnitud de asociación fue débil ($V = 0.134$), sugiriendo que el miedo al movimiento podría relacionarse con variables internas del paciente, como la motivación, la autoconfianza y la disposición hacia el tratamiento. Este hallazgo evidencia la importancia de considerar los aspectos psicológicos y conductuales dentro del abordaje fisioterapéutico.

TERCERA

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de kinesiophobia y los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico ($p = 0.280$). Asimismo, la magnitud de asociación obtenida fue débil y no significativa ($V = 0.23$), indicando que factores externos como el apoyo familiar, la accesibilidad al servicio o las condiciones del entorno no mostraron relación significativa con el nivel de kinesiophobia en los pacientes evaluados. Sin embargo, estos factores continúan siendo relevantes dentro del proceso de rehabilitación fisioterapéutica.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Se sugiere considerar la evaluación del nivel de kinesiofobia desde las primeras sesiones del tratamiento fisioterapéutico, con la finalidad de identificar oportunamente a los pacientes que podrían presentar mayor riesgo de baja adherencia y favorecer un seguimiento más individualizado durante el proceso de rehabilitación.

SEGUNDA

Se sugiere fortalecer la orientación brindada a los pacientes durante las sesiones de fisioterapia, proporcionando información clara sobre los objetivos y la importancia de mantener una participación activa y continua en el tratamiento. Esto podría favorecer una mejor comprensión del proceso de rehabilitación y contribuir al compromiso del paciente con su recuperación.

TERCERA

Se sugiere continuar promoviendo una comunicación empática y constante entre el fisioterapeuta y el paciente, favoreciendo un entorno terapéutico que facilite la expresión de dudas, temores o dificultades relacionadas con el tratamiento. Esto podría contribuir a identificar oportunamente posibles barreras que interfieran con la adherencia terapéutica y favorecer una atención más individualizada dentro del contexto de CENTYR.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
2. Lundberg M, Larsson M, Östlund H, Styf J. Kinesiophobia among patients with musculoskeletal pain in primary healthcare. *J Rehabil Med*. 2006;38(1):37-43.
3. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*. 1995;62(3):363-372.
4. Carpenter A, Vora SM, Kestenbaum S, Thompson A, Devine M, Tenison E, et al. Afternoon ward rounds: bad for patients, bad for doctors? *Future Healthc J*. 2019;6(2):118-122.
5. Zhou Y, Gao W, Gao S, Guo X, Liu M, Cao C. Pain catastrophizing, kinesiophobia and exercise adherence in patients after total knee arthroplasty: the mediating role of exercise self-efficacy. *J Pain Res*. 2023;16:3993-4004.
6. Yao Y, Zhang Q, Cui S, Guo X. Study on the impact of kinesiophobia after total knee arthroplasty on the rehabilitation of patients during hospitalization: a pilot study. *PLoS One*. 2025;20(1):e0317774.
7. Huang J, Xu Y, Xuan R, Baker JS, Gu Y. A mixed comparison of interventions for kinesiophobia in individuals with musculoskeletal pain: systematic review and network meta-analysis. *Front Psychol*. 2022;13:886015.
8. Wlazło M, Szlacheta P, Grajek M, et al. The impact of kinesiophobia on physical activity and quality of life in patients with chronic diseases: a systematic review. *Appl Sci*. 2025;15(4):2086.
9. Zhang MJ, Liu S, Xiong XY, Liu MD, Xiang Q. Kinesiophobia in patients with coronary heart disease: a Rodgers' evolutionary concept analysis. *Front Psychol*. 2025;16:1499962.
10. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004;30(4).
11. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos de Psiquiatría y Salud Mental Pública Nº 9-1. Madrid: AEN; 2025.
12. García-Ruiz AJ, Leiva-Fernández F, Martos F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Med Fam*. 2000;1(1):13-19.

13. Bassett SF. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *N Z J Physiother.* 2003;31:60-66.
14. World Health Organization. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Sabaté E, editor. Washington (DC): WHO; 2003.
15. Fernández-Lázaro CI, García-González JM, Adams DP, Fernández-Lázaro D, Mielgo-Ayuso J, Caballero-García A, et al. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2019;20(1):132.
16. Salinas PV. Adherencia de los pacientes en fase post-aguda a consejos de fisioterapia: magnitud y factores asociados [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2013.
17. Gormley J, Hussey J. Exercise therapy: prevention and treatment of disease. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2005.
18. Clark H, Bassett S, Siegert R. Validation of a comprehensive measure of clinic-based adherence for physiotherapy patients. *Physiotherapy.* 2018;104(1):136-141.
19. Kolt GS, Brewer BW, Pizzari T, Schoo AMM, Garrett N. The Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale: a reliable scale for use in clinical physiotherapy. *Physiotherapy.* 2007;93(1):17-22.
20. Bassett S. Measuring patient adherence to physiotherapy. *J Nov Physiother.* 2012;2(7).
21. Fisioterapia G. Estrategias de afrontamiento al dolor y adherencia al tratamiento de fisioterapia en pacientes con prótesis de rodilla [trabajo de grado]. Universidad de La Laguna; 2016.
22. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20(12):600-607.
23. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento: implicaciones de la no adherencia. *Acta Med Colomb.* 2005;30(4):268-273.
24. Stickler KR. Adherence to physical therapy: a qualitative study. *J Stud Phys Ther Res.* 2015;8(1).
25. Pisano González MM, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica. *Enferm Clin.* 2014;24(1):59-66.
26. Moya Nollí CR, Gordillo Sotomayor FM, Bazán CS. Factores en la adherencia del tratamiento fisioterapéutico en un instituto nacional de rehabilitación. *Rev Med Basadrina.* 2022;16(2):24–31.

27. Kori RL, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. In: Proceedings of the American Pain Society; 1990.
28. Ochoa JL. Comment on: A role for the brainstem in central sensitization in humans. Evidence from functional magnetic resonance imaging. *Pain*. 2005;117(1–2):236–237.
29. Sivaprasad U, Askew DJ, Ericksen MB, Gibson AM, Stier MT, Brandt EB, et al. A nonredundant role for mouse in the induction of mucus production in asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;127(1):254–261.
30. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Spine*. 1993;18(2):157–168.
31. Makari D, Jensen KM, Harris B, Jafri HS. Randomized, double-blind study of the safety of the liquid versus lyophilized formulation of palivizumab in premature infants and children with chronic lung disease of prematurity. *Infect Dis Ther*. 2014;3(2):339–347.
32. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317–332.
33. Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JWS. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med*. 2007;30(1):77–94.
34. Luque-Suarez A, Martinez-Calderon J, Falla D. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people with chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *Front Psychol*. 2019;10:1–15.
35. Moore E, Thibault P, Adams H, Sullivan MJL. Catastrophizing and pain-related fear predict failure to maintain treatment gains following participation in a pain rehabilitation program. *Pain Rep*. 2016;1(2):e567.
36. Coronado RA, George SZ, Fritz JM. Psychologically informed physical therapy for musculoskeletal pain: current perspectives and clinical implications. *Phys Ther*. 2023;103(5).
37. Supo JA. Metodología de la investigación científica. 4a ed. Arequipa: Bioestadístico EDDU EIRL; 2024.
38. Gómez-Pérez L, López-Martínez AE, Ruiz-Párraga GT. Psychometric properties of the Spanish version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *J Pain*. 2011;12(4):425–435.

39. Roelofs J, Goubert L, Peters ML, Vlaeyen JWS, Crombez G. The Tampa Scale for Kinesiophobia: further examination of psychometric properties in patients with chronic low back pain and fibromyalgia. *Eur J Pain*. 2004;8(5):495-502.
40. Coaquira FH. Kinesiofobia y dolor lumbar crónico en pacientes de un centro de rehabilitación física del Perú [tesis]. Perú: Universidad Continental; 2023.

ANEXOS

Anexo 1. Evaluación de Comité de Ética

FACSA-CEI/122-07-2025

Tacna, 22 de julio de 2025

Investigador:

Araujo Chacolla, Ángel Piero

Asesor:

Marcelo Adrián Barriga Pasten

Presente. -

PI 122-25: "RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CENTYR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2025"

Estimado Investigador:

Hemos recibido el protocolo de investigación, que ha sido revisado en detalle. Luego de esta revisión el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud ha determinado que su proyecto de investigación está **APROBADO CON RECOMENDACIONES**

- Se recomienda reemplazar algunos verbos para hacer los objetivos más precisos y metodológicamente coherentes. El verbo "Analizar" en el objetivo general puede cambiarse por "Determinar" si el estudio es cuantitativo y busca establecer relaciones estadísticas, o por "Examinar" si es exploratorio. En los objetivos específicos, "Identificar" puede sustituirse por "Describir" o "Caracterizar", ya que se ajusta mejor a un análisis descriptivo de las características sociodemográficas. El verbo "Investigar" es demasiado amplio y conviene reemplazarlo por "Determinar" o "Establecer" si se pretende medir la relación o influencia de la kinesiofobia, mientras que "Evaluar" puede mantenerse, aunque también podría unificarse con "Determinar" para dar mayor consistencia en la redacción de los objetivos.

Se les solicita informar al Comité sobre cualquier cambio en el protocolo posterior a este dictamen. Del mismo modo, ante la aparición de cualquier evento o efecto – previsible que comprometa la integridad y bienestar del equipo de investigación durante el curso de su ejecución, estos deben ser también informados al Comité. Nos reservamos el derecho de supervisar de manera inopinada la progresión de la investigación en cualquier momento y bajo cualquier modalidad. Nos permitimos recordar a los investigadores que la ejecución de un proyecto de investigación sin una aprobación ética vigente es una falta grave, la cual puede ser sancionada con el cierre definitivo del estudio e imposibilidad de utilizar cualquier dato recolectado o generado en el mismo.

Esta aprobación tiene una duración de 18 meses a partir de la fecha de emisión de este documento. **Al término de la ejecución, el investigador deberá emitir un informe de cierre de proyecto, según los formatos del CEI.**

Sin otro particular, quedo de ustedes,

Dr. Mardo A. Sánchez Tito
Presidente del Comité de Ética en Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud



UPT

Universidad Privada de
Tacna

Avenida Jorge Basadre
Grohmann s/n
Campus Capanique,
Tacna, Perú
Tel: +51 52 427212
www.upt.edu.pe

Dr. Marco Antonio
Sánchez Tito
Presidente

Méd. Brayan Miranda
Chávez
Secretario Técnico

Dra. Cecilia Montesinos
Valencia
Miembro Titular

Dr. Edgar Parihuana
Travezaño
Miembro Titular

Méd. César Copaja
Corzo
Miembro Titular

Mag. Lissett Aguirre
Montesinos
Miembro Titular

Mag. Gerson Gómez
Zapana
Miembro Titular

Mag. José Toza Burgos
Miembro Titular

Mag. Mercy Merejildo
Vera
Miembro Titular

Anexo 2. Resolución de inscripción del Proyecto de Tesis



UPT
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

RESOLUCION N° 604-2025-UPT/FACSA-D

Tacna, 11 de agosto del 2025

VISTA:

La solicitud presentada por el estudiante **ARAUJO CHACOLLA, Angelo Piero** solicitando la inscripción de su Proyecto de Tesis; y

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 057-2019-UPT-CU de fecha 08 de abril del 2019 se Ratifica en vías de regularización la Resolución N° 038-2018-UPT/FACSA-CF de fecha 26 de noviembre del 2018, que aprobó el Reglamento para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna,

Que, mediante Resolución N° 058-2019-UPT-CU de fecha 08 de abril del 2019, se Ratifica en vías de regularización la Resolución N° 039-2018-UPT/FACSA-CF de fecha 26 de noviembre del 2018, que aprobó el Manual de Normas y Procedimientos de Trabajos de Investigación para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna,

Que, mediante Resolución N° 213-2022-UPT-CU de fecha 12 de julio del 2022, se ratifica la Resolución N° 097-2022-UPT/FACSA-CF de fecha 11 de julio del 2022, que aprueba la actualización del Reglamento para la obtención de Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud,

Que, mediante, RESOLUCIÓN N° 092-2024-UPT-CU de fecha 09 de abril de 2024, se ratifica, en vía de regularización, la Resolución N° 110-2023-UPT/FACSA-CF, de fecha 10 de julio de 2023, que aprueba la actualización del Manual de Normas y Procedimientos de Trabajos de Investigación para la obtención de grado de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna

Que mediante OFICIO Nro. 00122-2025-UPT-UI-FACSA de fecha 09 de agosto del 2025, el Coordinador de la Unidad de Investigación de la FACSA, remite el trabajo académico titulado "RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CENTYR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2025" así como la conformidad de revisión del jurado dictaminador al Med. Oscar Effio Pajuelo y declarándolo APTO para su ejecución,

Que, el estudiante **ARAUJO CHACOLLA, Angelo Piero**, ha cumplido con los pasos establecidos en el Artículo 11 del Manual de Normas y Procedimientos de Trabajos de Investigación para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, por lo que es procedente la Inscripción y autorización de Ejecución del Proyecto de Investigación.

Que, estando a las atribuciones conferidas al señor Decano por el Artículo 51° del Estatuto y Artículo 68° del Reglamento General de la Universidad Privada de Tacna;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- INSCRIBIR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN del trabajo académico titulado "RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CENTYR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2025" Presentado por el estudiante **ARAUJO CHACOLLA, Angelo Piero**, teniendo como asesor a la Mgr. Marcelo Adrián Barriga Pasten.

ARTICULO SEGUNDO.- La Secretaría Académico – Administrativa de la Facultad, adoptará las acciones pertinentes para viabilizar lo dispuesto en el Artículo anterior.

Regístrese, comúíquese y archívese.

Firmado por MARCO CARLOS
ALEJANDRO RIVAROLA
HIDALGO
Cargo: DECANO DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD
Empresa: UNIVERSIDAD
PRIVADA DE TACNA

C.c.: Unidad de Investigación FACSA, Interesado, SAA, Archivo

Anexo 3. Informe del Asesor del Informe Final

	Universidad Privada de Tacna	Decanato de la FACSA	CODIGO: FACSA/UIF/UPT
	Normas y procedimientos de los trabajos de investigación para grado de bachiller y título profesional		VERSIÓN: 2
			HOJA: DE:

FORMATO A-2

Informe del Asesor del Informe Final

Señor (a)

Coordinador (a) de la Unidad de Investigación de la FACSA

Presente.

De acuerdo al reglamento de trabajos de investigación de la FACSA cuya finalidad es señalar las pautas para la evaluación del Informe Final de trabajos de investigación, Tesis y Tesis formato artículo, presentado por los alumnos de la FACSA para obtener el grado académico de Bachiller, Título profesional o Título de segunda especialidad en la Facultad de Ciencias de la Salud; informamos a usted que el Informe Final de la Investigación Titulada:

“ASOCIACIÓN ENTRE LA KINESIOFOBIA Y LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CENTYR
DE LA CIUDAD DE TACNA DURANTE EL AÑO 2025”

Presentado por el alumno:

Araujo Chacolla, Ángel Piero

Asesorado por:

Mgr. Marcelo Adrián Barriga Pasten

Se encuentra APTO para ser evaluado por el jurado respectivo.

Fecha: 18/11/2025



Alumno



Asesor

Anexo 4. Evaluación del Docente Dictaminador de Proyecto

	Universidad Privada de Tacna	Decanato de la FACSA	CODIGO: FACSA/UIF/UPT
	Normas y procedimientos de los trabajos de investigación para grado de bachiller y título profesional		VERSIÓN: 2 HOJA: DE:

FORMATO A-3

EVALUACIÓN DEL DOCENTE DICTAMINADOR DE PROYECTO

Nombres y apellidos del docente dictaminador	Mg. Oscar Eugenio Effio Pajuelo
Nombre y Apellido del estudiante	Araujo Chacolla, Ángel Piero
Fecha de entrega:	24/06/2025
Fecha de evaluación:	29/06/2025
Título del Proyecto:	RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CENTYR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2025

1. Aspectos de contenido

Utilice la siguiente escala para matizar su respuesta en cada una de los aspectos a evaluar sobre el proyecto:

	1 Deficiente	2 Regular	3 Aceptable	4 Bueno	5 Excelente
Originalidad e interés del tema ¿El proyecto es de Interés para la comunidad Académica o profesional?				X	
Pertinencia y vigencia de la literatura revisada ¿Se presenta una adecuada contextualización y fundamentación del tema de estudio o revisión?				X	
Metodología, antecedentes y justificación de su uso, pertinencia (si aplica) ¿Se incluyen todos los aspectos de interés del tema de estudio o revisión?				X	
Referencias bibliográficas ¿La bibliografía revisada es actualizada y siguen las Normas de Vancouver?				X	

	Universidad Privada de Tacna	Decanato de la FACSA	CODIGO: FACSA/UIF/UPT
	Normas y procedimientos de los trabajos de investigación para grado de bachiller y título profesional		VERSIÓN: 2
			HOJA: DE:

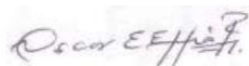
Viabilidad del proyecto de investigación

Marque con una X su recomendación	
Favorable puede continuar con la ejecución.	X
Favorable, debe levantar sugerencias	
No viable, debe presentar nuevo proyecto	

Conflicto de interés

Certifico que, como docente dictaminador, no presento ningún impedimento o conflicto de interés para realizar la evaluación de este artículo.	X
---	---

2. Detalle de sugerencias



Docente Dictaminador

Anexo 5. Resolución de Designación de Jurado



UPT

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

RESOLUCION N° 948-2025-UPT/FACSA-D
Tacna, 24 de diciembre del 2025

VISTA:

La solicitud presentada por el estudiante **ARAUJO CHACOLLA, Angelo Piero** en la que solicitan se designe el Jurado encargado de realizar la revisión del Informe Final de su tesis.

CONSIDERANDO:

Que mediante RESOLUCION N° 604-2025-UPT/FACSA-D de fecha 11 de agosto del 2025, se inscribe y autoriza la ejecución del Proyecto de Tesis: "RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CENTYR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2025", Presentado por el Estudiante **ARAUJO CHACOLLA, Angelo Piero**, teniendo como asesor al Mgr. Marcelo Adrián Barriga Pastén.

Que, la estudiante **ARAUJO CHACOLLA, Angelo Piero**, ha cumplido con las exigencias del Reglamento para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna; y del Manual de Normas y Procedimientos de Trabajos de Investigación para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna para la presentación de su trabajo académico titulado "RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CENTYR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2025",

Que, la Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica ha designado a la Dra. Cecilia Montesinos Valencia, Mtro. Manuel Chumo Espinoza y Mtra. Lucero Corrales Huamán como Jurado Evaluador del trabajo académico "RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CENTYR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2025",

Que, de conformidad con los artículos 13° y 14° del Manual de Normas y Procedimientos de Trabajos de Investigación para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna y a las atribuciones por la Ley Universitaria N° 30220, el Estatuto de la Universidad Privada de Tacna y a las facultades conferidas al señor Decano;

SE RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- DESIGNAR el Jurado Evaluador de la tesis de la estudiante **ARAUJO CHACOLLA, Angelo Piero** de la tesis titulada "RELACIÓN DE LA KINESIOFOBIA CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CENTYR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2025" conformado por la Dra. Cecilia Montesinos Valencia, Mtro. Manuel Chumo Espinoza y Mtra. Lucero Corrales Huamán.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Firmado por

**MARCO CARLOS ALEJANDRO
RIVAROLA HIDALGO**

Reason: Universidad Privada de Tacna
Location: Tacna

O = UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
Cd-I Puérado, Interesado, SAA, Arch.

Anexo 6. Consentimiento informado

Título del estudio	“ASOCIACIÓN DE LA KINESIOFOBIA CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CENTYR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2025”
Investigador principal	Araujo Chacolla, Ángel Piero
Asesor(es)	Mgr. Marcelo Adrián Barriga Pasten

Objetivo y propósito del estudio:

Estimado participante,

A usted se le está invitando a participar en el presente estudio que tiene por objetivo determinar la asociación entre la kinesiofobia con la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025. Este estudio se desarrolla como parte de los requisitos para la obtención del Título Profesional en Tecnología Médica con mención en Terapia Física y Rehabilitación, bajo la dirección del Mgr. Marcelo Adrián Barriga Pasten, docente adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna.

En el presente documento, usted encontrará información relacionada a los procedimientos que se relacionan con la investigación, los riesgos y/o beneficios, entre otros aspectos que le permitirán decidir si participar o no. Lea detenidamente este documento y siéntase con la libertad de hacer las preguntas que considere necesarias.

Si usted decide participar, podrá registrar su nombre y firma al final de este documento como constancia de su consentimiento libre y voluntario.

Procedimientos:

Si usted está de acuerdo con participar en este estudio, los procedimientos que requieren de su colaboración son los siguientes:

1. Completar una ficha sociodemográfica con datos como nombre, edad y sexo.
2. Completar un cuestionario breve sobre kinesiofobia.
3. Completar un cuestionario breve sobre adherencia fisioterapéutica.

Riesgos:

Los riesgos asociados con este estudio son mínimos. Es posible que experimente incomodidad al responder algunas preguntas sobre sus creencias o hábitos relacionados con el dolor y la rehabilitación. Puede omitir cualquier pregunta que le cause incomodidad o retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias.

Beneficios:

Su participación contribuirá a generar información científica sobre la relación entre la kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico, lo que podría ayudar a mejorar estrategias de intervención y calidad de atención en pacientes en rehabilitación. No recibirá beneficios económicos directos ni incurrirá en gastos.

Costo por Participación y Compensación Económica:

Su participación en este estudio no derivará en gastos o costos relacionados. Igualmente, por su participación no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole distinta a los beneficios previamente explicados.

Confidencialidad:

El investigador principal y el asesor guardarán la información obtenida de su participación en este estudio. La información será confidencial. Se registrará su nombre únicamente para fines de control de duplicados y/o contacto, pero los análisis se realizarán con códigos y sin identificarle. Si los resultados de este estudio se llegaran a público, no se mostrará ninguna información que permita su identificación como participante.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en este estudio, podrá retirarse en cualquier momento y/o no participar de alguna parte del mismo. Para ello deberá informar su decisión al investigador principal de manera adecuada. Si tiene alguna duda adicional, podrá ponerse en contacto con el investigador principal Araujo Chacolla, Ángel Piero llamando al teléfono 931712050 o escribiendo al correo electrónico: aa2020066985@virtual.upt.pe. Para contactar con el asesor de este estudio, comuníquese con el Mgr. Marcelo Adrián Barriga Pasten, escribiendo al siguiente correo electrónico: marbarriga@virtual.upt.pe.

Comité de ética:

Si durante el desarrollo de la investigación tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, podrá contactar con el investigador principal.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

He leído y comprendido la información proporcionada sobre el estudio **“ASOCIACIÓN ENTRE LA KINESIOFOBIA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CENTYR DE LA CIUDAD DE TACNA DURANTE EL AÑO 2025”** dirigido por el investigador principal **Araujo Chacolla, Ángel Piero**. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento.

Nombre y Apellidos del participante

Fecha y hora

Nombre y Apellidos del investigador

Fecha y hora

Anexo 7. Ficha sociodemográfica

Fecha: ____ / ____ / 25

1. Nombre Completo: _____
2. Sexo
 - Masculino
 - Femenino
 - Prefiero no decirlo
3. Edad
 - 18 - 39 años
 - 40 - 59 años
 - $\geq$ 60 años

Anexo 8. Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17)

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con sus pensamientos y sentimientos sobre el movimiento o la actividad física. Por favor, indique el grado en que está de acuerdo con cada afirmación, pensando en cómo se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

Escala de respuestas:

- 1: Totalmente en desacuerdo
- 2: En desacuerdo
- 3: De acuerdo
- 4: Totalmente de acuerdo

Creo que podría estar más activo físicamente, incluso si siento algo de dolor.	1	2	3	4
Cuando siento dolor, pienso que puede ser una señal de que algo anda muy mal en mi cuerpo.	1	2	3	4
No me asusta moverme o hacer ejercicio aunque me duela un poco.	1	2	3	4
Prefiero evitar ciertas actividades físicas por miedo a que me hagan empeorar.	1	2	3	4
No me preocupa lesionarme sin querer mientras me muevo.	1	2	3	4
Si trato de esforzarme demasiado a pesar del dolor, siento que podría lesionarme.	1	2	3	4
Siento que mi dolor indica que mi cuerpo está dañado seriamente.	1	2	3	4
Me cuesta confiar en que puedo mantenerme activo sin hacerme daño.	1	2	3	4
Aunque tenga dolor, creo que puedo seguir haciendo algunas cosas sin que me afecte.	1	2	3	4

Estoy convencido(a) de que si siento un dolor fuerte, debo dejar de moverme o hacer ejercicio.	1	2	3	4
Con solo imaginarme haciendo ciertos movimientos, siento que mis músculos se tensan.	1	2	3	4
Todavía me asusta hacer algunos movimientos, aunque ya no sienta tanto dolor.	1	2	3	4
Evito actividades exigentes físicamente porque tengo miedo de lastimarme.	1	2	3	4
Si me esfuerzo demasiado haciendo ejercicio, siento que podría tener una lesión duradera.	1	2	3	4
Cuando siento dolor, pienso que debo dejar lo que estoy haciendo de inmediato.	1	2	3	4
Me da miedo hacer movimientos repentinos o bruscos porque siento que podrían lastimarme.	1	2	3	4
Si hay una mínima posibilidad de lesionarme, prefiero no hacer ejercicio.	1	2	3	4

Anexo 9. Cuestionario de Adherencia Fisioterapéutica (CAF)

Instrucciones:

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden influir en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Por favor, responda cada pregunta según su experiencia personal, marcando con un círculo la alternativa que considere adecuada.

FACTORES INTRÍNSECOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

FACTOR RELACIONADO CON EL PACIENTE

1-Estoy motivado a seguir mi rehabilitación

Casi Siempre Siempre

2-Creo que las sesiones van a disminuir los síntomas de mi enfermedad

A veces Casi Siempre Siempre

3-El fisioterapeuta me informa sobre la importancia del tratamiento

Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre

4-Me siento positivo en el proceso de rehabilitación

Casi Siempre Siempre

5-Comprendo las instrucciones que brinda el fisioterapeuta

A veces Casi Siempre Siempre

FACTOR RELACIONADO CON LA CONDICIÓN DE LA ENFERMEDAD

6-A pesar de los malestares físicos, asisto a las sesiones

A veces Casi Siempre Siempre

7-A pesar del tiempo que tengo la enfermedad, continúo con mi rehabilitación

Casi Siempre Siempre

8-A pesar de que no se evidencian resultados, sigo asistiendo a las sesiones

A veces Casi Siempre Siempre

9-A pesar del grado de limitación física que tengo, asisto a mis sesiones

A veces Casi Siempre Siempre

10-Tengo episodios de depresión con respecto a mi enfermedad

Nunca Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre

FACTORES EXTRÍNSECOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

FACTOR RELACIONADO CON EL SISTEMA DE SALUD Y ATENCIÓN

11-El fisioterapeuta muestra actitudes negativas durante las sesiones

Nunca Casi nunca A veces Siempre

12-Espero más de 2 meses para que me programen las sesiones

Nunca Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre

13-El fisioterapeuta me ha explicado sobre la importancia de asistir y participar activamente en las sesiones

Casi nunca Casi Siempre Siempre

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

14-Mi situación familiar actual permite la asistencia a mis sesiones

Nunca Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre

15-La distancia de mi casa al centro de rehabilitación es un impedimento para asistir a las sesiones

Nunca Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre

16-A pesar del costo elevado del transporte, asisto a mis sesiones

Nunca Casi nunca Casi Siempre Siempre

FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

17-Por el tiempo que llevo asistiendo a las sesiones considero abandonar el tratamiento

Nunca Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre

18-He interrumpido la asistencia a mis sesiones programadas anteriormente por no apreciar disminución de los síntomas

Nunca Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre

19-Asisto a las sesiones programadas, así se modifique el tratamiento

Nunca Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre

20-El fisioterapeuta me recuerda constantemente sobre los beneficios de asistir a las sesiones

Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre

Anexo 10. Matriz de consistencia

“ASOCIACIÓN ENTRE LA KINESIOFOBIA CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CENTYR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2025”				
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables y Unidades de estudio	Metodología
Problema General	Objetivo General	Hipótesis de investigación		
PG: ¿Cuál es la asociación entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025?	OG: Determinar la asociación entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025.	Ha: Existe una asociación significativa entre el nivel de kinesiofobia y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes atendidos en CENTYR durante el año 2025. Específicamente, a mayor nivel de kinesiofobia, menor es el	Variables: -Adherencia al Tratamiento Fisioterapéutico -Nivel de Kinesiofobia	Tipo de investigación: Observacional, prospectivo, transversal, analítico

		grado de adherencia al tratamiento.		
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis nula		
PE1: ¿Cuál es la asociación entre el nivel de kinesiophobia con los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025? PE2: ¿Cuál es la asociación entre el nivel de kinesiophobia con los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025?	OE1: Determinar la asociación entre el nivel de kinesiophobia y los factores intrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de Tacna durante el año 2025. OE2: Determinar la asociación entre el nivel de kinesiophobia y los factores extrínsecos de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de CENTYR de la ciudad de	Ho: No existe una asociación significativa entre el nivel de kinesiophobia y la adherencia al tratamiento en los pacientes atendidos en CENTYR durante el año 2025. El nivel de kinesiophobia no influye de manera apreciable en la adherencia al tratamiento.	Unidad de estudio: Pacientes que están siendo atendidos en CENTYR de la Universidad Privada de Tacna, 2025.	Diseño de investigación: Epidemiológico analítico

	Tacna durante el año 2025.			Nivel de investigación: Relacional
--	-------------------------------	--	--	--