



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica

“DETERIORO COGNITIVO Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE
PACIENTES CON ENFERMEDAD NEUROLÓGICA DE LA CLÍNICA
COSET DE HUANCAYO - PERÚ, 2021”

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN FISIOTERAPIA EN NEURORREHABILITACIÓN

Presentado por:

AUTOR: CARO GARCÍA, Cecilia Elizabeth

CODIGO ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3662-2528>

ASESOR: Mg. MELGAREJO VALVERDE, José Antonio

CODIGO ORCID: 0000-0001-8649-0925

LIMA – PERÚ

2021

INDICE

1.51.1.	Planteamiento	del
problema		5
1.2. Formulación del problema		5
1.2.1. Problema general		5
1.2.2. Problemas específicos		5
1.3. Objetivos de la investigación		6
1.3.1. Objetivo general		6
1.3.2. Objetivos específicos		6
1.4. Justificación de la investigación		6
1.4.1. Justificación Teórica		6
1.4.2. Justificación Metodológica		6
1.4.3. Justificación Práctica		7
1.5. Delimitaciones de la investigación		7
1.5.1. Temporal		7
1.5.2. Espacial		7
1.5.3. Recursos		7
2. MARCO TEÓRICO		8
2.1. Antecedentes		9
2.2. Bases teóricas		9

2.3. Formulación de la hipótesis	10
2.3.1. Hipótesis general	10
2.3.2. Hipótesis específicas	10
3. METODOLOGÍA	11
3.1. Método de la investigación	12
3.2. Enfoque de la investigación	12
3.3. Tipo de la investigación	12
3.4. Diseño de la investigación	12
3.5. Población, muestra y muestreo	13
3.6. Variables y operacionalización	14
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
3.7.1. Técnica	18
3.7.2. Descripción de instrumentos.	18
3.7.3. Validación	19
3.7.4. Confiabilidad	21
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	21
3.9. Aspectos éticos	21
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	23
4.1. Cronograma de actividades (Se sugiere utilizar el diagrama de Gantt)	24
4.2. Presupuesto	26
REFERENCIAS	28

ANEXOS	29
Anexo 1. Matriz de Consistencia	29
Anexo 2: Instrumentos	31
Anexo 3: Formato de consentimiento informado	36
Anexo 4: Carta de solicitud a la institución para la recolección y uso de los datos	38
Anexo 5: Programa de Intervención	39
Anexo 6. Formato para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos	40
Anexo 7: Informe del porcentaje del Turnitin	41

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El deterioro cognitivo está relacionado a muchos factores entre ellos a las enfermedades neurológicas, hablar de deterioro cognitivo en la actualidad es imbuirse en un debate controversial puesto que podría referirse a un síntoma, síndrome o una entidad clínica concreta, tan dificultoso es su concepto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) no tiene estudios estadísticos oficiales publicados, sólo menciona estudios relacionados a la demencia, síndrome que tiene como síntoma el deterioro cognitivo. Últimas investigaciones relacionadas al deterioro cognitivo ligero, mencionan que un 16% de la población mundial está afectada de forma general; el 48% de estos permanecerá en un estado estable, un 17% volverá a la normalidad y un 34% llegará a tener un diagnóstico a demencia, estos porcentajes pueden variar de acuerdo al país (1).

A su vez un estudio realizado en España evidencia que el 18,5% de personas mayores de 65 años que acuden a consultas de atención primaria son diagnosticadas con deterioro cognitivo, de ellas el exceso de prevalencia de mujeres frente a hombres es del 29% (2). En Colombia se ha demostrado que el 54.3% de adultos mayores de 60 años, muestran algún tipo de alteración, siendo los más vulnerables aquellas personas con bajos niveles culturales y socioeconómicos, presentando un incremento en mujeres (3). En Argentina la prevalencia según los diferentes estudios epidemiológicos oscila de 16,9% a 18,3%, siendo la demencia sin causa definida 4,7% aproximadamente (4).

En nuestro país hay pocos estudios relacionados al deterioro cognitivo, uno de ellos realizado en la capital arrojó los siguientes resultados, el 17% de adultos mayores a quienes se les evaluó con algunas pruebas presentaron deterioro cognitivo (5). En nuestra región Junín un estudio realizado el año 2019, muestra que más del 60% de la población

estudiada mostró indicios de deterioro cognitivo (6). Tal y como podemos evidenciar el deterioro cognitivo es una afección que está tomando cada vez más protagonismo y está afectando a la población en general.

Las capacidades funcionales de las personas con trastornos neurológicos se ven afectadas también, en el caso de los pacientes afectados por ACV podemos observar que más del 85% de estos pacientes transcurren con una disfunción sensoriomotora y de lenguaje inicial (7), los afectados por la enfermedad de parkinson se caracterizan por una tétrada sintomática que consiste en temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural y conforme la enfermedad avanza, los síntomas empeoran y las alteraciones son más incapacitantes (8).

En la actualidad se ha visto un incremento en los casos de enfermedades neurológicas por ello es muy importante identificar sus síntomas y las alteraciones funcionales para poder brindar una adecuada atención y tratamiento. En Colombia se realizó un estudio para poder identificar las alteraciones funcionales en pacientes neurológicos obteniendo como resultado que aproximadamente el 66% presenta alteraciones de la marcha, el 37% desórdenes de comunicación, el 38% alteraciones emocionales y de memoria, y el 24% alteraciones en las actividades básicas cotidianas (9).

En el mundo más de 900 mil personas tienen limitaciones definitivas para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas, lo que está relacionado con la capacidad funcional, en el Perú aproximadamente 932 mil personas tienen estas condiciones pues presentan dificultad para trasladarse dentro o fuera de su domicilio, no mantienen su equilibrio; no usan sus piernas ni los pies para movilizar objetos; las

más afectadas son las mujeres haciendo un 56,4%, la pérdida de la capacidad funcional se presenta con mayor incidencia en personas de edad avanzada, en personas con enfermedad crónica y a personas con enfermedades genéticas o congénitas (10)

Todas estas investigaciones indican que la actividad funcional puede verse afectada por diversas patologías y condiciones de la persona, esta afectación traerá consigo problemas a nivel físico, mental, familiar y social de la persona, por ello es necesario conocer cuál es la afectación real a este nivel de las personas con enfermedades neurológicas.

Muchos estudios relacionados a las enfermedades neurológicas hacen referencia a deficiencias a nivel físico y mental, el presente trabajo de investigación tiene la intención de buscar la relación que hay entre estos dos factores ya que en nuestro país y menos en la región de Junín mi terruño, se tienen pocas investigaciones relacionadas al tema, ésta investigación que tendrá un impacto en el desarrollo de las distintas áreas de la salud, en especial de la rehabilitación.

Por lo tanto, es necesario formular la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica de la clínica Coset Huancayo el año 2021?

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los

pacientes con enfermedad neurológica de la clínica Coset de Huancayo el año 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la orientación espacial del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica?
- ¿Cuál es la relación entre la fijación del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica?
- ¿Cuál es la relación entre el recuerdo diferido del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica?
- ¿Cuál es la relación entre la nominación y repetición del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica?
- ¿Cuál es la relación entre la lectura, escritura y dibujo del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica de la Clínica Coset de Huancayo el año 2021

1.3.2. Objetivos específicos

- Conocer el nivel cognitivo de las personas con enfermedades neurológicas
- Conocer la capacidad funcional de las personas con enfermedades neurológicas
- Determinar la relación entre la orientación espacial del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.
- Determinar la relación entre la fijación del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.

- Determinar la relación entre el recuerdo diferido del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.
- Determinar la relación entre la nominación y repetición del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.
- Determinar la relación entre lectura, escritura y dibujo del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación Teórica

Esta investigación por hacer uso del método científico impulsará la construcción y sistematización de un conjunto de conocimientos relacionados al deterioro cognitivo y la capacidad funcional, incluida sus dimensiones, además nos permitirá determinar la relación que existe entre ellas. Por otro lado, esta investigación es un precedente para futuras investigaciones a realizarse

1.4.2. Justificación Metodológica

Esta investigación podrá ser utilizada como una base de datos actualizada de toda la información estadística que se recoja, y servirá como referencia para los profesionales de la salud quienes tomarán decisiones frente a los resultados. Este proyecto se consolidará gracias al uso de los instrumentos Mini Mental y la escala FIM, la cuál será validada por juicio de expertos y también quedaran como referencia para futuras investigaciones

1.4.3. Justificación Práctica

Al probarse la relación entre estas dos variables favorecerá a los futuros pacientes porque la institución, el hospital y la universidad tomará las estrategias específicas para

elaborar mejores tratamientos y con buenos resultados, puesto que se pretende mostrar el lado cognitivo del movimiento.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La recolección de datos de esta investigación y su respectivo procesamiento se llevarán a cabo el presente año durante los meses de junio, julio y agosto.

1.5.2. Espacial

La muestra será tomada en el hospital docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo a los pacientes del área de neurología que cumplan con los parámetros establecidos para la investigación.

1.5.3. Recursos

Se utilizará como recursos humanos nuestro trabajo, los materiales a usar serán hojas bond impresas, lapiceros, lápiz, borrador; y como instrumentos se utilizará el mini mental y la escala FIM.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales:

Amarilla, et al., (2019) en su tesis tuvieron como objetivo “*Determinar si el estado*

cognitivo basal influyen en la recuperación funcional a los 6 meses de la fractura de cadera y conocer la relación de los resultados funcionales en función de la comorbilidad y del deterioro cognitivo(DC)". Su investigación fue de cohortes prospectivo, mediante una encuesta se estudió a 184 adultos, mayores de 65 años con diagnóstico de fractura de cadera, estos investigadores usaron el índice de Barthel; la Escala Lawton y Brody y la escala de valoración de Guijón como instrumentos para la recolección de datos. Obteniéndose como resultado que el 50% de ellos tuvieron diagnóstico de DC, el 71% fueron del sexo femenino; también se pudo observar que hubo una disminución en el desarrollo de las ABVD y AIVD con más incidencia en las personas con diagnóstico de DC (11).

Criollo, (2019) en su investigación tuvo como objetivo "*Valorar la capacidad funcional y las actividades de la vida diaria, en población adulta mayor vinculada a dos instituciones geriátricas de la ciudad de Cali.*". El tipo de estudio fue descriptivo de corte transversal, fue aplicado en dos instituciones de atención al adulto mayor, la muestra estuvo conformada por 87 pacientes geriátricos 60 años. Aplicó dos instrumentos, escala de Barthel, escala de Tinetti. Los resultados de la investigación arrojaron que un 41.4 % tenían un nivel educativo bajo pues solo terminaron la primaria, el 82% tenía una alta probabilidad de riesgo de caídas, el 67 % mostraron independencia mientras que un 21 % presentaron dependencia moderada. Como podemos observar es representativo el porcentaje de dependencia moderada por lo que, se sugiere realizar acciones para mejorar el grado de independencia de estas personas (12).

Rivera y Zambrano. (2018) en su investigación se planteó como objetivo "*Determinar de qué manera influye el deterioro cognitivo en las actividades básicas de la vida diaria de*

los adultos mayores”. En su trabajo de enfoque mixto, mediante la aplicación de cuestionarios realizó un estudio a una muestra de 100 participantes entre los 65 y 80 años de edad. Usó los instrumentos escala Mini Mental MMSE y el Índice de Katz Modificado, sus resultados demuestran que el DC influyó de manera negativa en la calidad de vida de estos pacientes (13).

Perdomo, et al, (2018). Se plantearon como objetivo *“caracterizar pacientes con enfermedad cerebrovascular y trastorno cognitivo.”* El diseño de investigación fue observacional, descriptivo de corte transversal, el estudio fue realizado dentro del Servicio de Neurología del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, donde se obtuvo una muestra de 27 pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo. Se utilizó para medir el deterioro cognitivo el test de Folstein y el test Montreal cognitive assessment) y para las alteraciones neuropsicológicas, mediante la escala de depresión geriátrica de Yessavage. Sus resultados fueron que el ACV isquémico aterotrombótico fue el de más incidencia y el hemisferio derecho resultó ser el más afectado y todos los pacientes presentaron deterioro cognitivo. Concluyeron que los adultos mayores, con estado civil soltero son los que tienen mayor incidencia a sufrir accidentes cerebrovasculares, además se detectó que un nivel educativo bajo es un factor asociado al DC (14).

Mondragon, et al. (2017) en su tesis doctoral se plantearon como objetivo *“analizar los diferentes factores vinculados a las consecuencias asociadas al DCA –como son las alteraciones cognitivas y conductuales, la calidad de vida y la participación– en una muestra de pacientes con Daño Cerebral Adquirido (DCA) en el momento en que se les daba el alta de la intervención neuro-rehabilitadora. Además, se pretendía explorar las posibles relaciones que guardan entre sí estas variables y el poder predictivo de las*

mismas sobre la Calidad de Vida (CV)”; tras su investigación concluyeron que los pacientes con DCA muestran cambios neuropsicológicos en las siguientes áreas: atención, capacidad de aprendizaje y memoria, memoria de trabajo y funciones ejecutivas, esto a nivel cognitivo como de conductual; a su vez se observó limitaciones en la participación siendo más notorio a nivel de productividad; por lo tanto se verificó la existencia de una relación de significancia entre las alteraciones neuropsicológicas y las limitaciones que se dan en la actividad y la participación; también en algunos dominios de la calidad de vida (15).

Nacionales

Vasquez, et al., (2019) en su investigación su objetivo principal “*Determinar la relación de la Valoración Sociofamiliar con el Estado Funcional y Mental de los adultos mayores de los Clubes de la Microred Edificadores Misti*”, el diseño metodológico utilizado fue observacional, prospectivo, transversal, de correlación; la investigación fue aplicada en 165 adultos mayores. Se evaluó sus condiciones sociofamiliares, funcionales, mentales cognitivas y afectivas, para cuyo efecto se usó Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM), arrojando los resultados siguientes: el 48% de la población, tenía edades entre 70 - 79 años; el 78% pertenecían al sexo femenino, el 58% era independiente para las AVD; el 71% presentó depresión, 73% deterioro cognitivo leve y el 8% deterioro moderado. Llegando a la conclusión de que existe relación significativa entre la Valoración Socio familiar con el Estado Funcional y Mental (16).

Gonzales, (2017) en su investigación tuvieron como objetivo “*Determinar la relación de los factores pronósticos con el compromiso de la función motora en pacientes post accidente cerebro vascular (ACV)*”. Este estudio observacional y descriptivo-

correlacional utilizó una muestra de 50 pacientes post ACV en estado crónico. Los resultados fueron los siguientes: el 54% de los pacientes tenía compromiso motor moderado, el 26% compromiso motor leve, el 20% severo. Se verificó una relación muy significativa entre tipo de ACV y el hemisferio dónde se produjo con el compromiso motor post ACV, también hay relación entre la edad y el compromiso motor post ACV tipo isquémico. La investigación demostró que las personas afectadas con esta lesión en edades de 76-90 años presentan mayor compromiso motor severo (17).

Molochó., (2019) en su investigación tuvieron como objetivo “*Determinar el impacto del programa Autocuidado para una vejez activa en la funcionalidad del adulto mayor C.S. Monsefú 2019*”. El diseño metodológico aplicado fue el enfoque cuantitativo, tipo cuasi experimental; se obtuvo una muestra de 40 adultos mayores a quienes se le aplicaron como instrumentos el test de Barthel para las ABVD, test de Lawton Brody para las AIVD, y el test de Lobo para medir el deterioro cognitivo, obteniéndose como resultados sobre la funcionalidad que el 50% presentaron dependencia moderada para las ABVD, el 52% dependencia severa en las AIVD y 58% presentó deterioro cognitivo grave, Luego de la aplicación del programa se concluyó que existe impacto altamente significativo del programa “Autocuidado para una vejez activa” en la funcionalidad de los pacientes(18).

Luna y Vargas, (2018) en su investigación tuvieron como finalidad: “*Identificar los factores asociados con deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en adultos mayores residentes de Lima Metropolitana y Callao.*” Para realizar sus mediciones utilizaron los instrumentos Mini-Mental Status Examination y el Cuestionario de Pfeffer. El trabajo fue realizado usando un muestreo probabilístico de 1290 adultos con edades de más de 60 años de edad, sus resultados fueron los siguientes: El 17% de los pacientes

presentaron deterioro cognitivo. Pero solo el 7% fue diagnosticado con deterioro cognitivo y funcional. Se hallaron asociaciones significativas entre deterioro cognitivo y funcional (5).

Gomez, (2017) en su tesis tuvo como finalidad “*determinar que el programa de actividad física es efectivo para mejorar la capacidad funcional del adulto mayor de los Centros de Desarrollo Integral de la Familia - Comas, 2017*”. Este trabajo fue de tipo aplicada con un diseño cuasi experimental. Se tomó como muestra a 50 adultos mayores quienes fueron divididos en dos grupos: de control y experimental, se utilizó la técnica de observación y los instrumentos para las mediciones fueron el índice de Batthell y la escala de Lawton y Brody. Los resultados muestran la efectividad del programa, también el grupo experimental logró mejor capacidad funcional que el grupo de control luego de la aplicación del programa (19).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Deterioro Cognitivo

2.2.1.1. Concepto

El “Deterioro Cognitivo” engloba dos conceptos: “deterioro” que nos indica un declive debido a un proceso patológico, cuyos signos indican falta de competencia y de habilidades cognitivas; el segundo término “cognitivo” que lo podríamos resumir como la capacidad para el análisis e interpretación de la realidad (lenguaje, gnosis), lo que va a permitir interactuar con el entorno que nos rodea de una forma armónica; recordemos también un dominio cognitivo, la atención, que es un requisito previo para que funcionen adecuadamente el resto (1). Entonces podríamos decir que el deterioro

cognitivo se refiere a la disminución de las capacidades tanto a nivel mental y física.

Clasificación:

Según la intensidad del grado de afectación, se tienen dos grandes grupos:

a. *Intensidad alta o Demencia:* Los criterios para el diagnóstico de la demencia son: 1) que el paciente muestre estar afectado significativamente en algún dominio cognitivo; 2) deterioro cognitivo con respecto a nivel previo; 3) que el paciente presente dificultades en las actividades de la vida diaria; 4) excluyendo cuadro confusional -delirium- y depresión. Si el paciente no cumple el criterio 3 entonces estaríamos hablando de un síndrome de deterioro cognitivo ligero (1). Dentro de ellas podemos clasificar en:

i. Síndrome demencia:

Es una modificación del estado de conciencia que se ve reflejada por la disminución en la atención hacia el entorno, el paciente no se puede concentrar para prestar atención a algo; también se observan distorsiones de la percepción que van fluctuando a lo largo del día (1).

ii. Pseudodemencia depresiva:

Según los expertos *la* depresión puede producir deterioro cognitivo y muy fácilmente es confundido con el síndrome demencia ya que presentan los mismos síntomas tales como problemas a nivel motor,

falta de concentración, cansancio y problemas de memoria, es importante realizar un diagnóstico diferencial, puesto que la depresión puede ser tratada y el paciente lo puede superar, mientras que la demencia degenerativa es incurable e irreversible (1).

b. Intensidad baja

El grado de intensidad que presenta no cumple con todos los criterios clínicos para el diagnóstico de demencia, dentro de ellas podemos incorporar los siguientes tipos:

i. Declinar cognitivo asociado a la edad

Se produce un deterioro de la actividad cognitiva, también al pasar los años; las personas adultas mayores pueden tener problemas para evocar nombres, fechas o citas y también presentan dificultades al momento de solucionar problemas complejos (1).

ii. Deterioro cognitivo leve

El principal síntoma que presenta es la queja de pérdida de memoria que es corroborada por un informador; por lo general la función cognitiva de estas personas está preservada y no se encuentran alteradas las actividades de la vida diaria. Podemos diferenciar dos tipos: **amnésico** que se caracteriza por la alteración la memoria reciente, pero aún se conservan las demás funciones cognitivas entre ellas las actividades de la vida diaria. Estos pacientes por lo general tienden a desarrollar la enfermedad de Alzheimer; y **no amnésico** (1).

iii. Deterioro neurocognitivo leve

Los individuos que la padecen tienen un declive significativo en alguna función cognitiva; no tienen interferencia en las AVD (1).

2.2.1.2. Evaluación Del deterioro Cognitivo

Son muchos los instrumentos que pueden utilizarse para medir el deterioro cognitivo en las personas, uno de ellos es El Mini Examen de Estado Mental (MMSE por sus siglas en inglés; tiene 11 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo como:

- Orientación,
- Registro
- Atención
- Cálculo
- Memoria
- Lenguaje.

Este instrumento ha sido utilizado y validado extensamente, en Latinoamérica fue modificado, abreviado y validado en Chile el año 1999, es muy práctico ya que lleva sólo 5 minutos para administrarse, sus resultados no son específicos, por lo que permite discriminar entre los que tienen deterioro cognitivo y los que no lo tienen. Está indicado para personas: mayores de 75 años; personas con quejas subjetivas de pérdida de memoria, personas con pérdida de actividades instrumentales, sin ninguna otra causa; personas con antecedentes de delirio previo, sobretodo en ingresos hospitalarios recientes (20)

2.2.2. Capacidad Funcional

“La Capacidad funcional puede definirse como el potencial del cuerpo humano para realizar trabajo. Este potencial nos señala qué tan eficientemente responde nuestro organismo a los estímulos del medio ambiente. La Capacidad funcional se refiere a las actividades que un individuo debe realizar en su ciclo de vida, las actividades que el individuo necesita realizar. Para los niños, la Capacidad funcional necesaria incluye el aprendizaje en la escuela, participar en juegos y deportes, así como participar en la vida familiar. Por otra parte, la Capacidad funcional en los adultos es importante en las actividades laborales, así como en las actividades de interacción con sus hijos y otros individuos en la sociedad. En términos menos coloquiales, la Capacidad funcional es la facultad fisiológica del hombre, en sus componentes morfológicos, cardiopulmonar, neuromotriz y psicológico para enfrentar las necesidades del medio ambiente” (21). La capacidad funcional permite al hombre realizar las acciones necesarias para responder a los estímulos del medio ambiente, esta capacidad funcional tiene que ver con el estado de sus diferentes órganos a un nivel fisiológico.

La capacidad funcional CF es la habilidad de una persona para realizar de forma independiente las actividades de su vida cotidiana y es el resultado de las capacidades innatas del individuo, se ve afectada si algún trastorno, enfermedad o lesión limita las aptitudes físicas o mentales, esta pérdida de función se puede detectar clínicamente por la pérdida de la autonomía y la aparición de dependencia que terminará por limitar la calidad de vida (22)

“La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que

permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona” (23).

La capacidad funcional de un individuo está determinada por sus características personales, estilos de vida o características de salud y su herencia genética; es decir de su capacidad intrínseca; y todo esto en un ambiente donde se pueda desarrollar.

2.2.3. **Enfermedad neurológica**

Las afecciones del sistema nervioso central y periférico son denominadas enfermedades neurológicas, estas afectan al cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos, las patologías más comunes que se presentan son la epilepsia, la enfermedad de Parkinson, la depresión y demencia, los traumas y tumores que se puedan dar y las infecciones que muchas veces se presentan ; sin olvidar los trastornos neurológicos causados por la desnutrición; siendo muchas las patologías que se presentan también son cientos de millones los afectados, por ejemplo se estima que más de 6 millones de personas mueren cada año por accidentes cerebrovasculares, y más del 80% de estas muertes se producen en países de ingresos bajos o medianos como el Perú; unos 50 millones de personas a nivel mundial tienen epilepsia, según los cálculos 47,5 millones de personas en todo el mundo padecen demencia

siendo la enfermedad de Alzheimer la causa más común y puede contribuir al 60%-70% de los casos. La prevalencia de la migraña es superior al 10% en todo el mundo (24).

2.2.3.1. Demencia

La demencia es un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en las que se ven afectadas las funciones corticales superiores, incluyendo memoria, razonamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio; las personas mayores se ven más afectadas y es una de las principales causas de discapacidad en esta población (25).

2.2.3.2. Epilepsia

Aproximadamente la epilepsia afecta al 1% de la población mundial, y se presenta por lo general en la infancia y en la vejez, siendo en esta última población la que presenta mayor incidencia, pero muchas veces es infradiagnostica o confundida con otros procesos, según nuevos estudios la epilepsia es el tercer síndrome neurológico en frecuencia en personas mayores de 60 años, tras padecer enfermedades cerebrovascular o demencias. Las crisis epilépticas se originan debido a un desequilibrio entre los procesos de excitación e inhibición de las neuronas que se ubican en el SNC, lo que provoca una descarga neuronal anómala, siendo muchos los factores que pueden alterar dicho equilibrio; un factor importante es el genético pero también determinados procesos o patologías tienen muchas

probabilidades de provocar un trastorno epiléptico crónico; por ejemplo en la infancia tardía y adolescencia las causas más frecuentes de estas crisis son las idiopáticas y los traumatismos; en el adulto se le atribuye a los traumatismos y los tumores, en el caso de los mayores de 50 años estas crisis epilépticas son provocadas por las enfermedades cerebrovascular y neurodegenerativas; pero no podemos dejar de lado otros factores de riesgo (26)

2.2.3.3. Cefalea

La cefalea se ha constituido en una de las causas más frecuentes de consulta médica, según estudios la incidencia en adultos es del 47%, en niños a los 7 años la prevalencia es de 37 a 51% y a partir de los 8 a los 15 lo sufren de 57 a 82%, siendo los más afectados los hombres entre los 3 y 7 años; pasados los 7 años la incidencia en ambos sexos se iguala, pasada la pubertad esta relación varía pues se estima que sufre de cefalea que en mujeres entre los 3 y los 7 años, y posterior a los 7 años se iguala; pasada la pubertad ésta relación varía sustancialmente y se estima que es de 3 mujeres por cada hombre (27).

2.2.3.4. Esclerosis

“La EM es una enfermedad desmielinizante, crónica, autoinmune e inflamatoria que afecta a todo el sistema nervioso central. Constituye la principal causa de discapacidad neurológica no traumática entre los adultos jóvenes” (31).

Teniendo en cuenta el curso clínico se clasifican en:

- a) **Remitente-recurrente:** La mayoría de estos pacientes (85%) inician de esta forma, los síntomas que presentan son cuadros agudos de síntomas neurológicos de los cuales se van recuperando (32).
- b) **Secundariamente progresiva:** Hacen su aparición luego de 10 a 20 años después de haberse presentado la forma remitente, éstas se vuelven cada vez más infrecuentes presentándose un empeoramiento de los síntomas neurológicos con el pasar del tiempo, sus secuelas son notorias (32).
- c) **Primariamente progresiva:** El 15% de los afectados tienen síntomas progresivos y graduales sin presentar remisiones desde el inicio (32).
- d) **Progresiva-recurrente:** Se caracteriza por tener recaídas con progresión lenta se diferencia porque sus lesiones son escasas a nivel cerebral y espinal. (32)

2.2.3.5. Enfermedad de Parkinson

El párkinson es una enfermedad producida por un proceso neurodegenerativo multisistémico que afecta al sistema nervioso central lo que provoca la aparición de síntomas motores y no motores. Es crónica y afecta de diferente manera a cada persona que la padece, la evolución puede ser muy lenta en algunos pacientes y en otros puede evolucionar más rápidamente. No es una enfermedad fatal, lo que significa que el afectado no va a fallecer a causa del párkinson. Los síntomas motores más frecuentes son el temblor, la rigidez, la lentitud

de movimientos y la inestabilidad postural, entre otros. Además de la alteración motora, otras regiones del sistema nervioso y otros neurotransmisores diferentes a la dopamina están también involucrados en la enfermedad, añadiendo otros síntomas diversos a los síntomas motores típicos, conocidos como síntomas no motores. Con frecuencia aparecen años antes que los síntomas motores, se los conoce como “síntomas premotores”. Los más conocidos son: depresión, reducción del olfato, estreñimiento y trastorno de conducta del sueño REM (ensoñaciones muy vívidas) (33).

2.2.3.9. **Enfermedad cerebro vascular**

Es una lesión que se produce en el cerebro por la falta de irrigación sanguínea, cuando este órgano no recibe oxígeno y nutrientes que necesita, las células cerebrales comienzan a morir en minutos, lo que puede causar daño severo al cerebro, discapacidad permanente e incluso la muerte (25). Se presentan de dos formas:

- *El accidente cerebrovascular isquémico* es originado por un coágulo de sangre que bloquea o tapa un vaso sanguíneo en el cerebro, haciendo que la irrigación de sangre se corte hacia éste órgano; en poco tiempo las células del cerebro afectado comienzan a morir; también otra causa es el estrechamiento arterial provocado por la aterosclerosis (acumulación de placas en las arterias)(25).

- ***El accidente cerebrovascular hemorrágico*** Es menos común , es producido por la ruptura de un vaso sanguíneo dentro del cerebro , las causas son varias entre ellas se puede nombrar a los aneurismas hemorrágicos, a malformación arteriovenosa o la ruptura de una pared arterial (25).

2.2.3.10. Lesiones cerebrales traumáticas

Si la cabeza recibe el impacto de una fuerza mecánica externa, el cerebro se desplazará dentro del cráneo y podrá chocar contra la sólida membrana meníngea, la duramadre, o contra el interior del cráneo. Las fuerzas de aceleración y desaceleración pueden afectar el tejido nervioso y los vasos sanguíneos del cerebro. La gravedad de las lesiones puede asumir diversos grados, desde la anormalidad no visible del cerebro en casos de LTC leves hasta lesiones superficiales (contusiones) y, en casos graves, edema considerable y grandes hematomas. La clasificación inicial de las LTC está basada mayormente en el examen clínico que realiza el médico en el departamento de emergencias del hospital. Alrededor del 90% de las LTC son clasificadas como “leves”, lo que significa que el paciente está despierto, aunque puede haber tenido pérdida de consciencia y/o presentar una breve amnesia. Solamente 3 a 5% de las LTC son consideradas “graves”, casos en que el paciente está inconsciente al ser admitido en el hospital (25).

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica del hospital docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo el año 2021.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica del hospital docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo el año 2021.

2.3.2. Hipótesis específicas

h1: Existe relación estadísticamente significativa entre la orientación espacial del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.

h0: No existe relación estadísticamente significativa entre la orientación espacial del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.

h1: Existe relación estadísticamente significativa entre la fijación del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.

h0: No existe relación entre la fijación del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.

h1: Existe relación estadísticamente significativa entre el recuerdo diferido del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.

h0: No existe relación estadísticamente significativa entre el recuerdo diferido del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.

h1: Existe relación estadísticamente significativa entre la nominación y repetición del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.

h0: No existe relación estadísticamente significativa entre la nominación y repetición del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.

h1: Existe relación entre lectura, escritura y dibujo del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.

h0: No existe relación entre lectura, escritura y dibujo del deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método de investigación que dirigirá el presente estudio es de naturaleza hipotético

deductivo; porque para investigar el fenómeno u objeto de investigación se plantea hipótesis, las cuales mediante la operacionalización de las variables e hipótesis; permite comprobar las hipótesis planteadas, así como también permite plantear conclusiones y dar explicaciones concretas de las relaciones entre las variables (34).

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque de investigación utilizada en esta investigación será el cuantitativo ya que se utilizará la recolección de datos para poder probar las hipótesis planteadas, estos datos recabados tienen la característica de ser medibles y por lo tanto posteriormente serán analizados con el uso de métodos estadísticos (35).

3.3. Tipo de la investigación

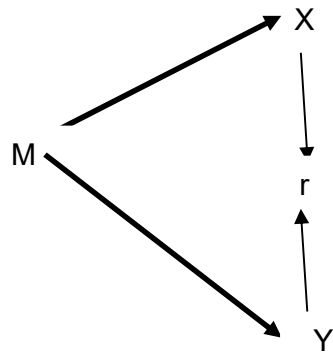
La investigación realizada será de tipo aplicada puesto que para su desarrollo emplea conocimientos ya establecidos; su nivel será descriptivo- correlacional de corte transversal; ya se describirá y analizará la relación entre el nivel del deterioro cognitivo y la capacidad funcional, cuyas mediciones serán realizadas en un momento determinado, y en un contexto en particular (34).

3.4. Diseño de la investigación:

El diseño de investigación utilizada será el No experimental, transversal y correlacional.

Teniendo en cuenta el número de mediciones que se realizarán en la investigación, será de corte transversal (36); debido a que se indagará sobre las relaciones existentes entre las variables de investigación, este estudio será correlacional. Si nos basamos en la actuación del investigador, el diseño del presente trabajo será No experimental, ya que me limitaré

a observar sin intervenir (35).



Donde:

- M: Muestra
- X: Variable 1
- Y: Variable 2
- r: Relación entre variable 1 y 2

3.5. Población, muestra y muestreo

Población:

La población estará constituida por 80 pacientes varones y mujeres mayores de 18 años pero menores de 70, que ingresen al servicio de Neurología del Hospital en el periodo mayo – junio del presente año.

Número de muestra final (n):

Se trabajará con una muestra censal, ya que la muestra será igual a la población.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

Pacientes con enfermedad neurológica de ambos sexos.

Pacientes con enfermedad neurológica de 16 a 70 años de edad.

Pacientes con enfermedad neurológica con capacidad de comunicarse

Exclusión:

Pacientes con enfermedad neurológica PCI

Pacientes con enfermedad neurológica con demencia

3.6. Variables y operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJE
DETERIORO COGNITIVO	Deficiencia de las funciones cognitivas ocasionados principalmente por factores fisiológicos y/o ambientales.	Déficit e incoherencia en la realización de actividades	Orientación (Temporal y espacial)	Capacidad de recordar momentos en el tiempo y lugares.	Variable cualitativa discreta	0 - 10
			Recuerdo inmediato	Capacidad de recordar objetos luego de nombrarlos		0-3
			Atención y calculo	Capacidad de realizar operaciones matemáticas mentales.		0-5
			Recuerdo diferido	Capacidad de recordar objetos luego de haber sido nombrados un tiempo atrás		0-3
			Lenguaje	Capacidad de nombrar objetos, repetir palabras, seguir órdenes, leer y escribir frases.		0-8
			Praxis constructiva	Capacidad de copiar figuras		0-1
CAPACIDAD FUNCIONAL	Capacidad de realizar actividades de vida diaria sin necesidad de supervisión	Habilidad funcional para realizar actividades de la vida diaria.	Autocuidado	Capacidad de realizar actividades personales	Variable cuantitativa discreta	7 independencia completa
			Control de esfínteres	Capacidad de controlar esfínteres de vejiga e intestino		6 independencia modificada
			Movilidad	Capacidad de trasladarse dentro de una habitación		5 supervisión
			Deambulación	Capacidad de desplazarse de en diferentes ambientes		4 asistencia mínima
			Comunicación	Capacidad de expresión y comprensión		3 asistencia moderada
			Conocimiento social	Capacidad de interactuar en su entorno.		2 asistencia máxima
					1 asistencia total	

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica:

La presente investigación utilizará la técnica de la entrevista y como instrumento el Cuestionario Mini Mental para medir la variable deterioro cognitivo. Para medir la variable Capacidad Funcional utilizaremos la técnica de la Observación y como instrumento a Escala FIM.

3.7.2. Descripción de instrumentos.

A continuación, se describirá la ficha técnica de los instrumentos a utilizar.

La ficha técnica del instrumento 1: Mini-Examen cognoscitivo (MEC).

Población: Pacientes con enfermedad neurológica del Hospital

Tiempo: 7 días

Momento: Antes de ingresar a sus consultas, luego del diagnóstico

Lugar: Hospital

Validez: Juicio de Expertos

Fiabilidad: valor de alfa de Cronbach

Tiempo de llenado: 10 min

Número de ítems: 5

Dimensiones: Orientación; fijación; concentración, memoria, lenguaje

Alternativas de respuesta: 0-5 puntos

Baremos (niveles, grados) de la variable:

“27 puntos o más: Normal. El individuo tiene una adecuada capacidad cognoscitiva.23

puntos o menos: Sospecha patológica.12-23 puntos: Deterioro

9-12 puntos: Demencia. Menos de 5 puntos. Fase terminal. Totalmente desorientado.

No se reconoce él mismo. Incoherente. Postración”

La ficha técnica del instrumento 2 “FIM”.

Población: Pacientes con enfermedad neurológica del Hospital

Tiempo: 7 días

Momento: Antes de ingresar a sus consultas, luego del diagnóstico

Lugar: Hospital

Validez: Juicio de Expertos

Fiabilidad: valor de alfa de Cronbach

Tiempo de llenado: 45 min

Número de ítems: 18

Dimensiones: Autocuidado, control de esfínteres, movilidad, deambulación, comunicación, conocimiento social

Alternativas de respuesta: 1-7 puntos

Baremos (niveles, grados) de la variable: Motor - Cognitivo

3.7.3. Validación

En esta sección explicaremos el proceso de validación que se realizará en los instrumentos utilizados, según las indicaciones de la Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, para asegurarnos que realmente sus resultados sean coherentes con las condiciones de la población que se va a estudiar.

La presente investigación utilizará los instrumentos: “Mini- Mental” (Marshal Folstein) y “FIM” (Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, Sherwin FS). Cuyo proceso de validación fue explicado en el punto 3.7.2.

Para asegurar el uso de los mencionados en el presente proyecto estos pasarán por los siguientes procedimientos de validación:

a) Validación de constructo:

Para el instrumento MINIMENTAL, se realizó el análisis de las dimensiones. Los nombres de las dimensiones son: Dimensión Orientación temporal y espacial (En qué año estamos, en que época o estación del año estamos, en que mes estamos, que día de la semana es hoy, que día del mes es hoy, en qué país estamos, en qué provincia estamos, en qué distrito estamos, donde estamos ahora en que piso estamos); Capacidad de fijación, atención y cálculo (Nombrar 3 objetos, Repetir los nombres hasta que los aprenda, de 100 reste de 7 en 7); Memoria. (recuerda las palabras que ha aprendido antes, repítalas); Nominación, repetición y comprensión. (que es esto, repita la frase, voy pedirle que haga algo, siga mis instrucciones); Lectura, escritura y dibujo (Voy amosrarle un papel con una frase, debe leer la frase hacer lo que dice; escriba la siguiente frase, copie este dibujo)

Para la calificación se debe: poner puntaje a cada una de las respuestas. posteriormente se suman todos los puntos obtenidos, el puntaje máximo es 30. Luego se busca la puntuación total obtenida. Es necesario dejar constancia de cualquier problema a nivel motor o sensitivo. Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada:

PUNTAJE	NIVEL FUNCIONAL
27 a más	Adecuada capacidad cognoscitiva
23 puntos o menos	Sospecha patológica
12 a 23	Deterioro
9-12	Demencia
Menos de 5 puntos	Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo. Incoherente. Postración.

Para la ESCALA FIM se realizó análisis de las dimensiones. Los nombres de las dimensiones son: Autocuidado (Alimentación, arreglo personal, baño, vestido, aseo) control de esfínteres (control de vejiga e intestino), movilidad (traslado de cama a silla, traslado en baño, traslado en bañera), deambulaci3n (caminar desplazarse, subir o bajar escaleras), comunicaci3n (comprensi3n, expresi3n), conocimiento social (interacci3n, soluci3n de problemas, memoria).

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL FUNCIONAL
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima 3. Asistencia moderada
Dependencia completa	2. Asistencia máxima 1. Asistencia total

Estos instrumentos ya han sido aplicados a nivel mundial por ello tienen la denominación GOLD ESTÁNDAR:

Así el año 2002 fue publicada el libro «Índices y escalas utilizados en ciertas tecnologías de la prestación ortoprotésica» en Madrid, donde se señala que son varios los estudios donde se han utilizado este instrumento para estudiar el autocuidado, la movilidad y locomoción. Se han realizado comparaciones con el Índice de Barthel, el Índice de Katz y con el Índice de Spitzer donde los resultados arrojan buenas correlaciones entre ellas por ello ha sido traducida a varios idiomas como el francés, alemán, japonés y sueco y español. También podemos acotar que este instrumento tiene versiones para niños entre 6 meses y 7 años.

Con respecto al Mini Mental podríamos decir que tanto su validez y fiabilidad son bien conocidos pues cuenta con normalizaciones en inglés y otros idiomas incluidas el español, idioma en la que se tiene varias versiones. En nuestro país el año 2017 se realizó una investigación relacionada a la sensibilidad y especificidad del instrumento llegando a la conclusión de que si tiene mejores indicadores de sensibilidad y especificidad cuando se ajusta las puntuaciones en base a los años de escolaridad. Otro estudio relacionado al tema llevado a cabo el año 2016, el rendimiento del mini mental cuando se realizó la evaluación de pacientes con demencia presentó sensibilidad de 64,1%, especificidad de 84,1%, VPP de 24,4%, VPN de 96,7%, LR (+) de 4,03 y LR (-) de 0,43.

Para realizar la recolección de datos me presentaré ante el paciente antes de las interconsultas cuando ellos ya tengan un diagnóstico en enfermedad neurológica, le brindaré mis datos y se le explicará el motivo de mi interés en la persona. Se le entregará un consentimiento informado en el que se le explica los objetivos del estudio. La recolección de datos será realizada en 25 días.

3.7.4. Confiabilidad

Para asegurar la representatividad de los instrumentos en el presente grupo poblacional se calculará: alfa de Cronbach.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para la redacción del presente proyecto, anexos, instrumentos y otros documentos a usar se utilizará el programa Word, la información obtenida de la recolección de datos, será procesada con la creación de tablas de frecuencia, gráficos y la creación de base de datos se realizarán utilizando el programa Excel. Para la obtención de datos estadísticos tanto descriptivos como inferenciales se empleará el programa estadístico SPSS, utilizando un valor alfa igual a 0,05.

3.9. Aspectos éticos

Esta investigación se realizará en el marco de las normas internacionales y nacionales sobre investigación en humanos, así como las disposiciones vigentes en bioseguridad; así nos basaremos en el Código de Nuremberg ya que buscaremos el consentimiento voluntario de los pacientes, proporcionándole una información comprensible y veraz relacionada con la naturaleza de nuestra investigación; también nos basamos en la declaración de Helsinki, ya que nuestro trabajo servirá para mejorar el conocimiento de las relaciones entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional, utilizando el método científico se realizará con la supervisión de un asesor,

también se respetara el derecho a salvaguardar la intimidad y la integridad personal. Este trabajo también está sujeto a las Normas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica con Sujetos Humanos, puesto que cumpliremos con las normas de bioseguridad para el cuidado que merece estos pacientes, más aún en tiempos del Covid-19. En nuestro país también se tienen normativas para las investigaciones científicas, en nuestro caso nos avocaremos a la Ley Nro. 29733 que nos da las directrices para la protección de datos personales. Nuestra Universidad Norbert Wiener el año 2019 ha publicado su código de ética a cuál también nos regiremos.

resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones																		
Elaboración del Informe final									x									
Correcciones del Informe Final										X								
Redacción de artículo científico										X								
Sustentación										X								
Publicación en revista indexada											X							

4.2. Presupuesto

Bienes

Nro.	Especificación	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
1	Hojas bond	2 millar	S/. 15	S/. 30
2	Impresiones	800	S/. 0.30	S/. 240
3	Lapiceros	3 cajas	S/. 18	S/.24
4	Grapas	1 caja	S/.2	S/.2
5	Engrapadora	1U	S/. 10	S/. 10
6	Copias	500	S/. 0.10	S/. 50
7	Sobres manila	1 Doc.	S/. 1.50	S/. 18
8	cuadernillo	1U	S/. 3.00	S/.3
9	Kit de seguridad	3 Doc	S/. 15	S/. 180
Subtotal				S/. 557

Servicios

Nro.	Especificación	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
1	Pasajes			S/.400
2	Celular			S/. 30
3	Alimentos			S/.100
4	Asesores – Expertos			S/.500
5	Internet			S/. 100
6	Otros			S/. 100
Subtotal				S/. 1230

Bienes +servicios	Total
S/. 557 + S/. 1230	S/. 1787

REFERENCIAS

1. Fernández FV. Sociedad Andaluza de Neurología. 2019;156.
2. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0213485316302171>
3. Cortés OMC, Moreno SPG, Pinto WJG, Segura CCP, Amaya LBS. FRECUENCIA Y DISTRIBUCION DE DETERIORO COGNITIVO EN LOS HOGARES GERONTOLÓGICOS DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS POR MEDIO DE LA APLICACIÓN DE MINIMENTAL TEST EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL PERIODO 2017-. :93.
4. Bartoloni LC. DETERIORO COGNITIVO. Diagnóstico [Internet]. 22 de julio de 2019 [citado 21 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/227>
5. Luna-Solis Y, Vargas Murga H. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. Rev Neuropsiquiatr. 6 de abril de 2018;81(1):9.
6. TESIS FINAL.pdf [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/1077/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Suárez-Escudero JC, Cano SCR, Ramírez EP, Bedoya CL, Jiménez I. Descripción clínica, social, laboral y de la percepción funcional individual en pacientes con ataque cerebrovascular. 2011;27(2):9.
8. M DSM, V HC, Q MI, C MG. Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud. 15 de febrero de

2018;50(1):79-92.

9. Vista de La importancia de evaluar síntomas y alteraciones funcionales en enfermedades neurológicas crónicas: experiencia en cuidado paliativo y rehabilitación en una institución colombiana | Aquichan [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1741/2325>
10. 4422.pdf [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
11. Impacto del deterioro cognitivo en la recuperación de la capacidad funcional, la institucionalización y la mortalidad de los ancianos intervenidos de fractura de cadera [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-pdf-S2013524619300017>
12. Valoración de la capacidad funcional y actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados | Movimiento Científico [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://revmovimientocientifico.iberu.edu.co/article/view/mct.13201>
13. Rivera-Ruiz J, Villalba CGZ. DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR. PSICOLOGÍA UNEMI. 19 de diciembre de 2018;2(3):53-62.
14. Perdomo Borges B, Rodríguez Rodríguez T, Fonseca Fernández M, Urquiza Pozo I, Martínez Serrano IL, Bilaboy Pérez BR, et al. Caracterización de pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica y deterioro cognitivo. Cienfuegos, 2018. MediSur. junio de 2020;18(3):333-44.
15. Mondragón Llorca H. Predictores de Calidad de Vida en pacientes con Daño Cerebral Adquirido: Déficit, Actividad y Participación [Internet] [Ph.D. Thesis]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa).

- Universitat Jaume I; 2017 [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en:
<http://www.tdx.cat/handle/10803/405581>
16. Fernández V, Angélica D. Valoración sociofamiliar relacionada al estado funcional y mental en adultos mayores. Clubes del Adulto Mayor de la Microred Edificadores Misti. Miraflores, Arequipa 2016. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Internet]. 2017 [citado 21 de abril de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4513>
 17. Relación de los factores pronósticos con el compromiso de la función motora en pacientes post accidente cerebro vascular, en el departamento de medicina física y rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, en el año 2016 [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6389>
 18. Carrasco CEM, Díaz N del CG, Julcarima MST. IMPACTO DEL PROGRAMA “AUTOCUIDADO PARA UNA VEJEZ ACTIVA” EN LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR PERUANO. TZHOECOEN. 31 de marzo de 2020;12(2):228-37.
 19. Luque G, Fortunata I. Programa de actividad física en la capacidad funcional del adulto mayor de los Centros de Desarrollo Integral de la Familia del distrito de Comas, 2017. Universidad César Vallejo [Internet]. 2018 [citado 21 de abril de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/15080>
 20. modulo1.pdf [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo1.pdf>
 21. (PDF) Manual para Evaluadores de actividad: ponte al 100 | Marco Olayo - Academia.edu [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.academia.edu/9628636/Manual_para_Evaluadores_de_actividad_ponte_al_100
 22. Araos Bravo L, Cancino Ramírez J. Capacidad funcional y su relación con factores de riesgo

cardiovascular en una población de adultos mayores de Ñuñoa. 2011 [citado 22 de abril de 2021];
Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/116931>

23. OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

24. OMS | ¿Qué son los trastornos neurológicos? [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/55/es/>

25. SISTEMA NERVIOSO: TRASTORNOS NEUROLOGICOS Y NEUROMUSCULARES, (T.1)(PARTE 2) | F. H. NETTER | Casa del Libro [Internet]. casadellibro. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-sistema-nervioso-trastornos-neurologicos-y-neuromusculares-t1-parte-2/9788445801895/303580>

26. capitulo 50 epilepsia - Buscar con Google [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=capitulo+50+epilepsia&oq=capitulo+50+epilepsia&aqs=chrome..69i57.8868j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

27. guia oficial de cefaleas - Buscar con Google [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=guia+oficial+de+cefaleas&oq=guia+oficial+de+cefaleas&aqs=chrome..69i57j0i22i30l2.7347j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

28. Gómez-Otálvaro MA, Serna-Vélez L. Cefalea: Más que un simple dolor. Rev Mex Neuroci. 15 de abril de 2016;16(6):41-53.

29. ¿Qué tipos de Cefaleas existen? | PortalCLÍNICA [Internet]. Clínic Barcelona. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/cefalea-1/clasificacion>

30. S.L.U 2021 Viguera Editores. Cefalea en racimos: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento : Neurología.com [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/articulo/2004481>
31. Ruíz García D, Solar Salaverri LA. Esclerosis múltiple: Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina General Integral. junio de 2006;22(2):0-0.
32. Mora A. Tipos de Esclerosis Múltiple [Internet]. in-pacient.es. 2013 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.in-pacient.es/enfermedades/esclerosis-multiple/informacion-general-sobre-la-enfermedad/tipos-de-esclerosis-multiple/>
33. Definición de la enfermedad de Parkinson – Asociación Parkinson Madrid [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.parkinsonmadrid.org/el-parkinson/el-parkinson-definicion/>
34. Fundamentos-de-la-Investigación-Científica.pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.felipesupo.com/wp-content/uploads/2020/02/Fundamentos-de-la-Investigaci%C3%B3n-Cient%C3%ADfica.pdf>
35. metodologia de la investigacion.pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf
36. Metodología de la investigación para el área de la salud, 2e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2448§ionid=193960689>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPOTESIS	VARIABLES DE ESTUDIO	METODOLOGÍA
<p>Problema General: ¿Cuál es la relación entre el deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL Existe relación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica</p> <p>HIPOTESIS NULA No existe relación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica</p>	<p>Variable Principal:</p> <p>Deterioro cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación Temporal y espacial • Recuerdo inmediato • Atención • Recuerdo diferido • Lenguaje y Praxis constructiva <p>Capacidad funcional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado • Control de esfínteres • Movilidad • Deambulaci3n • Comunicaci3n • Conocimiento social 	<p>Diseño de Estudio:</p> <p>Enfoque: Cuantitativo Tipo: Básico Nivel: Correlacional Cohorte: Transversal</p>
<p>Problemas Específicos: 1. ¿Cuál es la relación entre la orientaci3n temporal y espacial del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica?</p>	<p>Objetivos Específicos: 1. Determinar la relación entre la orientaci3n temporal y espacial del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.</p>	<p>Hipótesis Específicas: hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre a orientaci3n temporal y espacial del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica. ho1: No existe relación estadísticamente significativa entre la orientaci3n temporal y espacial del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.</p>		<p>Poblaci3n: 80 pacientes atendidos en el servicio de Medicina Física y Rehabilitaci3n del Hospital docente Daniel Alcides Carri3n de Huancayo</p> <p>Muestra: Censal</p>
<p>2. ¿Cuál es la relación entre el recuerdo inmediato del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica?</p>	<p>2. Determinar la relación entre recuerdo inmediato del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.</p>	<p>hi2: Existe relación estadísticamente significativa entre recuerdo inmediato del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica. ho2: No existe relación estadísticamente significativa entre recuerdo inmediato del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.</p>		
<p>3. ¿Cuál es la relación entre la atenci3n del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica?</p>	<p>3. Determinar la relación entre la atenci3n del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.</p>	<p>hi3: Existe relación estadísticamente significativa entre la atenci3n del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica. ho3: No existe relación estadísticamente significativa entre la atenci3n del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.</p>		
<p>4. ¿Cuál es la relación entre el recuerdo diferido del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica?</p>	<p>4. Determinar la relación entre el recuerdo diferido del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.</p>	<p>hi4: Existe relación estadísticamente significativa entre el recuerdo diferido del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica ho4: No existe relación estadísticamente significativa entre el recuerdo diferido del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.</p>		
<p>5. ¿Cuál es la relación entre el lenguaje y praxis constructiva del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica?</p>	<p>5. Determinar la relación entre el lenguaje y praxis constructiva del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.</p>	<p>hi5: Existe relación estadísticamente significativa entre el lenguaje y praxis constructiva del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica ho5: No existe relación estadísticamente significativa entre el lenguaje y praxis constructiva del deterioro cognitivo y la actividad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica.</p>		

Anexo 2: Instrumentos (son dos instrumentos propiamente dichos)

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO

Nº FICHA: _____ FECHA: _____ Edad : _____ Sexo: _____

Nivel de instrucción: _____ (años de estudio)

1. ORIENTACIÓN:

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Dígame en que año estamos?		0 1
¿En qué estación estamos?		0 1
¿En qué día estamos(fecha)?		0 1
¿En qué mes?		0 1
¿En qué semana?		0 1

2. ORIENTACIÓN ESPACIAL

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿En qué país estamos?		0 1
¿En qué provincia estamos?		0 1
¿En qué distrito estamos?		0 1
¿Dónde estamos ahora?		0 1
¿En qué piso estamos ?		0 1

3. FIJACIÓN

Pregunta	Respuesta	Puntuación
Escuche con atención, le voy a decir tres palabras y deberá repetirlas cuando yo termine. Preparado, estas son las palabras:		
PELOTA		0 1
CABALLO		0 1
MANZANA		0 1
Me las puede repetir, trate de recordarlas ya que le volveré a preguntar en otro momento		

4. ATENCIÓN Y CÁLCULO

Pregunta	Respuesta	Puntuación
Se tiene 30 monedas y me dá 3 ¿Cuántas monedas le quedan? Siga restando de tres en tres, hasta que le diga que pare:		
30 menos 3		0 1
.... menos 3		0 1
.... menos 3		0 1
.... menos 3		0 1
.... menos 3		0 1

5. MEMORIA

Pregunta	Respuesta	Puntuación
Recuerdas las tres palabras que he dicho antes:		
PELOTA		0 1
CABALLO		0 1
MANZANA		0 1

6. NOMINACIÓN

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Qué es esto? (mostrar un lápiz)		0 1
Y ¿ésto qué es?		0 1

7. REPETICIÓN

Pregunta	Respuesta	Puntuación
Ahora le voy a decir una frase que deberá repetir, ¿preparado? EN UN TRIGAL HABIA PERROS ¿Me la puede repetir por favor?		0 1

8. COMPRENSIÓN

Pregunta	Respuesta	Puntuación
Voy a pedirle que haga algo siguiendo mis instrucciones: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA DOBLELO POR LA MITAD Y COLOQUELO EN EL SUELO.		0 1 0 1 0 1

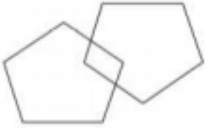
9. LECTURA

Pregunta	Respuesta	Puntuación
Voy a mostrarle un papel con una frase, debe leerla y hacer lo que está escrito CIERRE LOS OJOS		0 1

10. ESCRITURA

Pregunta	Respuesta	Puntuación
Ahora te voy a pedir que escribas una frase, lo que quiera algo que tenga sentido		0 1

11. DIBUJO

Pregunta	Respuesta	Puntuación
Ahora le voy a pedir que copie este dibujo 		0 1

PUNTUACIÓN TOTAL:	/30
--------------------------	------------

MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

CON DESCRIPCIÓN DELAS ACTIVIDADES

N° FICHA: _____ FECHA: _____ Edad : _____ Sexo: _____

Nivel de instrucción: _____ (años de estudio)

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL	
Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:	
Grado de dependencia	Puntaje / Nivel de funcionalidad
Sin Ayuda	(7) Independencia total
	(6) Independencia con adaptaciones
Dependencia modificada	(5) Supervisión sin asistencia al paciente
	(4) Asistencia mínima, el paciente aporta el 75% o más
	(3) - Asistencia moderada, el paciente aporta el 50% o más
Dependencia completa	(2) Asistencia máxima, el paciente aporta el 25% o más
	(1) Asistencia total, el paciente aporta el 25% o menos

CATEGORÍA	PUNTAJE	DOMINIO
AUTOCAUIDADO		
1. ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.		Motor 91 puntos
2. ARREGLO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?		
3. BAÑO: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique. Si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.		
4. VESTIDO HEMICUERPO SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.		
5. VESTIDO HEMICUERPO INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.		
6. ASEO PERINEAL: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.		
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7. CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes, frecuencia.		
8. CONTROL DE INTESTINO: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia		
MOVILIDAD		
9. TRASLADO DE LA CAMA A SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.		
10. TRASLADO EN BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.		
11. TRASLADO EN BAÑERA O DUCHA: Implica entrar y salir de la bañera o ducha.		
AMBULACIÓN		
12. CAMINAR / DESPLAZARSE EN SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está de pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.		Cognitivo 35 puntos
13. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS: Implica subir y bajar escalones.		

COMUNICACIÓN		
14. COMPRESIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej. Escritura, gestos, signos, etc.		
15. EXPRESIÓN: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal		
CONOCIMIENTO SOCIAL		
16. INTERACCIÓN SOCIAL: Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.		
17. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Implica resolver problemas cotidianos.		
18. MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.		
TOTAL		/126

DETERIORO COGNITIVO Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD NEUROLÓGICA DE LA CLÍNICA COSET HUANCAYO - PERÚ, 2021

Estimado (paciente, padre de familia, apoderado, Sr. Sra, Srta.)

Le entregamos el siguiente cuestionario cuyo objetivo es *“Determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica”*.

Es aplicado por Cecilia Caro García, egresado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, para la obtención del grado de Segunda especialidad en Fisioterapia en Neurorrehabilitación

Es de suma importancia contar con sus respuestas ya que eso permitirá realizar un trabajo de investigación con datos serios, reales; los resultados de estos van a influir en las decisiones que se tome con respecto al tratamiento de patologías del sistema nervioso.

Para participar usted ha sido seleccionado por azar, para garantizar una representación de todas las personas que son objetivo del estudio, por ello, son muy importantes sus respuestas. Completarla le llevará alrededor de 45 minutos. Además, se le está alcanzando otro documento **(CONSENTIMIENTO INFORMADO/ASENTIMIENTO)** en el cual usted debe plasmar su aceptación de participar en el estudio.

Esta encuesta es completamente **VOLUNTARIA** y **CONFIDENCIAL**. Sus datos se colocarán en un registro **ANÓNIMO**. Toda la información que usted manifieste en el cuestionario se encuentra protegida por la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”).

Agradezco anticipadamente su participación.

Ante cualquier consulta, puede comunicarse con:

Lic. TM. Cecilia Caro García

elicaritog@hotmail.com

UNIVERSIDAD NORBERT WIENER

E.P.G

INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

Este consta de preguntas sobre sus datos básicos (nombre, edad, etc.) y algunas preguntas sobre el estudio en sí. Por favor, escuche atentamente cada pregunta y tómese el tiempo para contestar **(ES IMPORTANTE QUE CONTESTE TODAS; si no desea contestar alguna, sólo explique el motivo).**

RECUERDE: NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS.

Ficha: _____

Fecha: _____

DETERIORO COGNITIVO Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD NEUROLÓGICA DE LA CLÍNICA COSET HUANCAYO - PERÚ, 2021

Datos sociodemográficos como sexo, edad, etc. (variables de control)

- 1.
- 2.
- 3.

Anexo 3: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudara a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud para la especialidad de: “Fisioterapia en Neurorrehabilitación”. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con el(la) investigador(a) al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

- Título del proyecto: Deterioro cognitivo y capacidad funcional de pacientes con enfermedad neurológica de la clínica Coset Huancayo - Perú, 2021
- Nombre del investigador principal: Cecilia Caro García
- Propósito del estudio: Determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica
- Participantes: 80 participantes
- Participación: Responder preguntas
- Participación voluntaria: Si
- Beneficios por participar: Conocer sus niveles de deterioro cognitivo y capacidad funcional
- Inconvenientes y riesgos: Ninguno
- Costo por participar: S/. 0.00
- Remuneración por participar: S/. 0.00
- Confidencialidad: Se asegura la confidencialidad de los datos recogidos.
- Renuncia: Puede renunciar a la participación en cualquier momento.
- Consultas posteriores: Al correo celicaritog@gmail.com y teléfono 971874752
- Contacto con el Comité de Ética:
https://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/portales/centroinvestigacion/Comite_institucional_etica.aspx

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa mi aceptación a participar voluntariamente en el estudio. En merito a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad:

Apellido y nombres:

Edad:

Correo electrónico personal o institucional:

Participante:
Nombre:
DNI:

Investigador
Nombre: Cecilia Caro García
DNI: 4135431

Anexo 4: Carta de solicitud a la institución para la recolección y uso de los datos

Huancayo, 23 de Junio del 2021

**Solicito ingreso a la institución para recolectar
datos para tesis de postgrado**

Dr. Walter Baldeón Álvarez

Gerente General de Coset Medica S.A.C

Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, Cecilia Elizabeth Caro García egresado de la EPG de la Universidad Norbert Wiener, con código n° A 2019802042 solicito me permita recolectar datos en su institución como parte de mi proyecto de tesis para obtener el grado de “ Especialista en Fisioterapia en Neurorrehabilitación ” cuyo objetivo general es “*Determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad neurológica*”; asimismo, solicito la presentación de los resultados en formato de tesis y artículo científico. La mencionada recolección de datos consiste en la aplicación de 2 cuestionarios.

Los resultados del estudio xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Adjunto: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Atentamente,

Cecilia E. Caro García
Estudiante de la E.P.G.
Universidad Norbert Wiener

Anexo 7: Informe del porcentaje del Turnitin. (Hasta el 20% de similitud y 1% de fuentes primarias)

The screenshot shows a Turnitin report for a document titled "Diseño de Inv4". The report displays the following statistics:

- INDICE DE SIMILITUD: 11%
- FUENTES DE INTERNET: 11%
- PUBLICACIONES: 1%
- TRABAJOS DEL ESTUDIANTE: 6%

The report lists 10 primary sources (FUENTES PRIMARIAS) with their respective percentages:

Rank	Source	Percentage
1	documentop.com (Fuente de Internet)	2%
2	Submitted to Universidad Wiener (Trabajo del estudiante)	2%
3	assets.website-files.com (Fuente de Internet)	2%
4	repositorio.ucs.edu.pe (Fuente de Internet)	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe (Fuente de Internet)	1%
6	scielo.sld.cu (Fuente de Internet)	1%
7	www.msmanuals.com (Fuente de Internet)	1%
8	Submitted to Universidad de Cádiz (Trabajo del estudiante)	1%
9	repositorio.unan.edu.ni (Fuente de Internet)	1%
10	repositorio.uss.edu.pe (Fuente de Internet)	1%

The background of the report is a light gray color. The browser window shows the file path: file:///D:/neurorrehabilitación/tesis%203%20parte/Cecilia%20CaroDiseño%20de%20Inv4%20de%20ultimo%20turnitin.pdf. The Windows taskbar is visible on the right side of the screen, showing the time as 12:59 p. m. on Thursday, 25/11/2021.

