



Universidad
Norbert Wiener

Facultad de Ciencias de la Salud

**“Función motora y apoyo social en pacientes post accidente
cerebrovascular de un Hospital Nacional, Lima, 2022”**

Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Fisioterapia en
Neurorrehabilitación

Presentado por:

AUTOR: Lic. Velásquez Bautista, Jaime Máximo

CÓDIGO ORCID: 0000-0003-1529-2416

ASESOR: MG. JORGE ELOY PUMA CHOMBO

CÓDIGO ORCID: 0000-0001-8139-1792

LIMA – PERÚ

2022

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Jaime Máximo Velásquez Bautista egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Función motora y apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022”. Asesorado por el docente: Jorge Eloy Puma Chombo DNI 42717285 ORCID 0000-0001-8139-1792 tiene un índice de similitud de 8(OCHO) % con código oid:14912:176540044, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Jaime Máximo Velásquez Bautista
 DNI: 32735332

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma
 Jorge Eloy Puma Chombo
 DNI: 42717285

Lima, 06 de mayo de 2023

INDICE

1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4.1. Justificación Teórica	5
1.4.2. Justificación Metodológica	5
1.4.3. Justificación Práctica	6
1.5. Delimitaciones de la investigación	6
1.5.1. Temporal	6
1.5.2. Espacial	6
1.5.3. Recursos	6
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	9
2.2.1. Accidente cerebro vascular	9
2.2.2. Clasificación del ictus	10
2.2.3. Síntomas del accidente cerebrovascular	10
2.2.4. Rehabilitación post ACV	10
2.2.5 Función motora en acv	11
2.2.6. Funcionalidad del miembro superior en pacientes con acv	12
2.2.7. Funcionalidad del miembro inferior en pacientes con acv.	12
2.2.8. Test de Fugl-meyer	12

2.2.9. Apoyo social	13
2.2.10. CUESTIONARIO DE MOS	13
2.3. Formulación de hipótesis	13
2.3.1. Hipótesis general	13
2.3.2. Hipótesis específicas	14
3. METODOLOGÍA	15
3.1. Método de la investigación	15
3.2. Enfoque de la investigación	15
3.3. Tipo de investigación	15
3.4. Diseño de la investigación	16
3.5. Población, muestra y muestreo	16
3.6. Variables y Operacionalización	17
3.7. Técnica e instrumento de recolección de datos	21
3.7.1. Técnica	21
3.7.2 Descripción de instrumentos	22
3.7.3. Validación	26
3.7.4. Confiabilidad	26
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	27
3.9. Aspectos éticos	27
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	28
4.1. Cronograma de actividades	28
4.2. Presupuesto	29
REFERENCIAS	30
ANEXO 1 Matriz de consistencia	34
ANEXO 2 Instrumentos	38
ANEXO 3 Validez	49
ANEXO 4 Aprobación del comité de ética	52
ANEXO 5 Formato de consentimiento informado	53
ANEXO 6 Informe del asesor de turnitin	56

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El accidente cerebrovascular (ACV) es una patología que puede darse debido a una interrupción del flujo sanguíneo y se puede presentar de manera inmediata en el individuo, afectando entre las edades superiores a los 55 años de edad. Esta es una patología muy frecuente, que según la OMS lo define como un síndrome clínico, por su rápida sintomatología que presenta el paciente y que puede generar la muerte. Según los datos estadísticos, nos dice que en el mundo hay 58 millones de muertes al año. (1)(2)

En Latinoamérica, el 18% de la población de adultos mayores, ocasionan muertes anuales de 85 mil aproximadamente. En Ecuador, en el 2018 hubo casi 3,777 muertes, obteniendo el tercer lugar de muerte en su población. En Colombia, se manifiestan 250.000 individuos con una alteración post ictus y más del 80% presenta disfunciones motoras. Llegando a la conclusión que los cambios en la funcionalidad de la extremidad superior pueden correlacionarse con el nivel motor. (3)(4)

En Argentina el promedio afectado es de 76.5 y que en Perú un 46.3 casos por año de cada 100.000 personas La incidencia en nuestro país, de casos con ACV es alta, con mayor diagnóstico de casos con isquemia y afectando más al sexo masculino. (5)

Esta afectación puede causar daños en los miembros superiores e inferiores, en la cual afecta en sus AVD e integración en la sociedad, haciendo que sean dependientes. Estas secuelas en las miembros superiores hace que se vea afectado el rendimiento, sus ADV como lavarse, vestirse, etc, y en sus miembros inferiores, se ve alterado la fase de la marcha y el lograr trasladarse con facilidad, así como mantenerse de pie o no lograr un buen equilibrio en bipedestación. (6)(7)

Un estudio en Colombia, nos dice que existen más de 250.000 personas con ACV, resaltando que el 80% presentan una limitación en su función motora. Llegando como objetivo el identificar los cambios que la rehabilitación en pacientes con ACV, en la cual contaron con 47 pacientes en una evolución de 6 meses, en la cual tuvieron como resultados que de que existe cambios muy relevantes en la mejora funcional de los pacientes con ACV. (8)

También en Perú, nos muestra que el abordaje de los miembros superiores e inferiores son similares con respecto a su función motora. Aunque también nos muestra que hay estudios en la cual recalcan que la afectación en el miembro superior es mayor que la del miembro inferior, habiendo una mejoría en su función motora en una relación de 55 y 85% post ACV.(9)

Asimismo, al presentar una alteración en su función motora, presenta una dependencia, por ello es importante el apoyo social que uno puede brindar. Un estudio en Perú, resalta la importancia del apoyo social de un paciente con ACV, ya que ellos se encuentran en depresión, tienen temores, angustias, en la cual el apoyo emocional, económico, afectivo, viene de ser de suma importancia en su mejora. (10)

Por todo lo revisado, el proyecto tiene como objetivo el saber si existe relación función motora y apoyo social en pacientes post ACV, para poder lograr una correcta eficacia en su tratamiento e integración en la sociedad.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1 Problema general

- ¿Cuál es la relación entre función motora y apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022?
- ¿Cuál es el apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022?
- ¿Cuál es la relación entre función motora y la dimensión apoyo afectivo del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022?
- ¿Cuál es la relación entre función motora y la dimensión interacción social del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022?
- ¿Cuál es la relación entre función motora y la dimensión apoyo instrumental del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022?
- ¿Cuál es la relación entre función motora y la dimensión apoyo emocional del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022?

- ¿Cuáles son las características clínicas en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre función motora y apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la relación entre función motora y la dimensión apoyo afectivo del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular.
- Identificar la relación entre función motora y la dimensión interacción social del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular.
- Identificar la relación entre función motora y la dimensión apoyo instrumental del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular.
- Identificar la relación entre función motora y la dimensión apoyo emocional del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular.
- Identificar las características sociodemográficas en pacientes post accidente cerebrovascular.
- Identificar las características clínicas en pacientes post accidente cerebrovascular.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación Teórica

Caro (2018), refiere que es importante promover el apoyo social a todos los pacientes con ACV y también el poder recalcar la importancia de la recuperación e integración del paciente a su familia; ayudándolos en sus miedos, angustias, depresión que puedan presentar. (11)

Colomer (2017), refiere que el miembro superior e inferior es muy importante, preciso y detallista, ya que nos ayuda a nuestras funciones motoras y actividades tanto para el entorno como para las AVD. La sensibilidad, el movimiento y función de la mano y pie se ve afectada por causa de un ictus, el tratamiento rehabilitador es un poco extenso.(12)

Por lo cual, este proyecto de investigación cooperará en ampliar y/o obtener conocimientos sobre la función motora y apoyo social en pacientes post ACV. También nos será útil como fuente de opinión y aporte para la comunidad académica.

1.4.2. Justificación Metodológica

El reciente estudio es de corte transversal, porque adquirirá los datos en un periodo preciso para averiguar la relación entre las variables función motora y apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular, por lo cual se utilizará la Escala de Fugl-Meyer y el Cuestionario de MOS. Para la confiabilidad de ambos instrumentos se realizará mediante una prueba piloto de 20 pacientes y serán validados por juicios de expertos.

1.4.3. Justificación Práctica

La importancia del reciente trabajo es averiguar la relación entre la función motora y apoyo social en pacientes post ACV, los datos logrados nos permitirán crear estrategias para enriquecer el abordaje fisioterapéutico, y a la vez poder beneficiarse de un mejor manejo multidisciplinario en la función motora y apoyo social. También, nos proporcionará para crear charlas y talleres, para los profesionales de salud, así como para los mismos pacientes, sirviendo para futuras investigaciones.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La realización del proyecto de investigación, será en los meses de marzo a diciembre del año 2022

1.5.2. Espacial

El proyecto de estudio se realizará en un Hospital Nacional de Lima.

1.5.3. Recursos

El proyecto se trabajará en pacientes post ACV de un Hospital Nacional. Los implementos que empleará serán: lapiceros, encuestas, ficha de recolección de datos, sillas, camilla o tarima.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Lima et al, (2018) su trabajo tuvo como objetivo “Identificar la capacidad funcional y su relación con el grado de apoyo social en pacientes post ictus”. Tuvo como metodología un estudio cuantitativo y transversal, contaron con una muestra de 108 personas con antecedente de ACV. Tuvieron como instrumentos la escala de apoyo social y el índice de Barthel. Los resultados obtenidos fueron de que existe una mayor dependencia funcional de un 93,5%, una leve de un 40,7%, aunque el apoyo social medio llega a obtener un 48,2%. Asimismo, una de las dimensiones más sobresalientes del apoyo social es la “emocional”, teniendo una unión significativa de $p < 0.05$, obteniendo un alto porcentaje entre la dependencia y apoyo social. Llegaron a la conclusión de que los profesionales de la salud deben concientizar y fortalecer el apoyo social a los pacientes con ACV. (13)

Gual (2019) tuvo como objetivo “determinar la eficacia de la terapia en espejo para la recuperación motora de la extremidad inferior en un ACV”. La metodología que se utilizó fue analizar estudios publicados, haciendo una recopilación de datos, la muestra que se obtuvo fue de 20 artículos científicos. Los instrumentos o bases que utilizaron fueron PubMed, BVS y EBSCO host. Los resultados obtenidos fueron que la terapia en espejo demostró tener buenos resultados en pacientes con ACV, basándose en las extremidades inferiores, realizando ejercicios terapéuticos. Llegando a la conclusión que, al realizar terapia de espejo, mejora la función motora de las extremidades inferiores, aunque falta más investigaciones para identificar cuanto tiempo sería el abordaje y que tratamiento sería lo más adecuado.(14)

Desiderio et al, (2022) tuvieron como objetivo “identificar la eficacia de la terapia espejo en la fase de equilibrio, marcha y función motora de individuos con ACV” Los métodos

de estudio que tuvieron fue descriptivo, cuantitativo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes con ACV, en lo cual 25 no recibieron tratamiento y 25 si recibieron, en la cual utilizaron el instrumento Fugl-meyer. Obtuvieron como resultado que el grupo con tratamiento en la FM obtuvieron una media de inicio y final, siendo el 15,72 y 27,88 de puntos. También se demostró que el grupo con tratamiento tuvo mejores resultados que el grupo no tratado. Llegaron a la conclusión de que se pudo identificar la eficacia del tratamiento en la función motora, marcha, equilibrio y riesgo de caída. (15)

Rech et al, (2020) tuvieron como objetivo “determinar la relación entre los instrumento y escalas clínicas de los pacientes con ACV”. Su método de estudio fue de corte transversal, contando con una población de 34 pacientes con ACV de estadio crónico, contaron con los instrumentos de evaluación de la escala de Ashworth modificada y el test de Fugl-Meyer para poder analizar el deterioro de los miembros superiores como inferiores. Los resultados fueron que se analizaron el rendimiento a los pacientes con ACV, mostrando que existe una relación con la función motora de miembros superiores e inferiores con la calidad de movimiento. Los resultados fueron que el test de Fugl-meyer puede ser de gran ayuda para intervenir sobre el rendimiento o función motora y la calidad de movimiento en pacientes con ACV de estadio crónico.(16)

Hernández et al, (2021) su investigación tuvo como objetivo “identificar la confiabilidad del evaluador y su nivel de puntaje post ACV”. Su método de estudio fue estadístico, en la cual contaron con una población de 60 pacientes post ACV realizados por fisioterapéuticas, y utilizaron el instrumento Fugl-Meyer. Sus resultados fueron que la confiabilidad fue elevada, alcanzando una confiabilidad intraevaluador mayor 70%. Se llegó a la conclusión que el Fugl-Meyer es un instrumento óptimo para la detección del

déficit de la función motora, demostrando que el test ayudará a los profesionales en la pronta mejoría y en su evaluación para poder obtener mejores resultados en su tratamiento fisioterapéutico. (17)

Antecedentes Nacionales

Farfán, (2019), tuvo como objetivo “identificar la relación entre las funciones motora y las AVD en pacientes con ACV”. En la cual tuvo un diseño de investigación descriptivo, observacional y de corte transversal, en la cual estuvo conformada por una población de 152 personas con ACV, y se le trabajo los instrumentos de Fugl Meyer y Índice de Barthel. Los resultados que obtuvo, muestran que las extremidades superiores e inferiores tienen relación con el desempeño de las AVD. También demostró que en las actividades de la extremidad superior hay valores bajos en las actividades de vestido y alimentación, y en movilidad funcional e higiene muestra niveles bajos en las extremidades inferiores. Llegó a la conclusión que las funciones de las extremidades superiores e inferiores son importantes para sus AVD de los pacientes post ictus. (18)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Accidente cerebro vascular

El ACV es una de las causas más recurrentes de discapacidad y ésta a su vez de dependencia en sus AVD, perjudicando en primera instancia a las personas mayores de edad. Esto puede pasar por una carencia circulatoria que puede darse de manera isquémica o hemorrágica, reflejando un veloz proceso de signos clínicos, obteniendo un 69% de pacientes con hemiplejia. Es por ello la importancia de obtener una adecuada intervención temprana, en la cual permite a los profesionales un adecuado

abordaje en el tratamiento, para lograr que el paciente sea lo más independiente posible.(19)(20)

2.2.2. Clasificación del ictus

El ictus se puede dar de 2 diferentes formas:

- Isquémico: se presenta por una baja circulación del flujo sanguíneo en el cerebro, dañando todo el cerebro de manera simultánea, provocando que haya un infarto cerebral, así como una necrosis tisular. (21)
- Hemorrágico: se puede presentar por una ruptura de algún vaso, causada por una extravasación de sangre intracraneal, provocando deterioros reversibles o irreversibles en el funcionamiento adecuado de las células.(22)

2.2.3. Síntomas del ACV

Entre los síntomas clínicos más frecuentes en un ACV son: sensibilidad de un lado del cuerpo, vértigo o desorientación, disminución o pérdida de fuerza, cefaleas, dificultades para observar bien en uno o ambos ojos, alteración de la estabilidad y pérdida de capacidad motriz, afasias y disartrias.(23)

2.2.4. Rehabilitación post ACV

El mal funcionamiento motor por causa de un ACV, involucra evaluaciones dadas por el profesional para poder tener mejores resultados y abordajes. Dentro de la rehabilitación se obtienen 2 niveles: la recuperación motora y la funcional.

En la parte motora obtenemos las áreas deficientes como la velocidad, precisión o fuerza de la extremidad afectada; y en la parte funcional se basa en la mejora en sus

AVD. Cabe resaltar que existe una mayor mejoría en los miembros inferiores que en los superiores. (24)(9)

2.2.5 Función motora en ACV

La función motora se presenta buena evolución durante los primeros meses, según estudios es mejor abordar a partir del sexto mes de tener ACV, haciendo que presente buena evolución en la 4ta y 6ta semana, manifestando mejoría durante el primer año. (25)

Uno de los signos más frecuentes que altera la función motora es la paresia, como consecuencia del daño en el hemisferio contrario al afectado, en la cual puede ser leve o severo, afectando en su función tanto en el miembro superior como el inferior limitando en sus actividades dentro o fuera de la sociedad. (26)

Es decir que hemiparesia y hemiplejia altera la función motora de un paciente, ocasionando dificultad para poder efectuar movimientos de los segmentos del cuerpo, haciendo que se afecte la disociación, el movimiento selectivo, las sinergias y reacciones asociadas que se va a presentar como consecuencia al daño en el sistema cortico espinal. (27) (28)

Estas sinergias van a comenzar a presentarse a medida que la espasticidad aumenta, por lo cual, tenemos la sinergia de la extremidad superior, presentando una flexión de codo, supinación de antebrazo, flexión de muñeca, flexión de dedos y flexión y abducción de hombro, o también puede presentar una extensión del brazo, extensión de codo, pronación, extensión de muñeca y extensión de dedos. En la extremidad inferior se puede apreciar una flexión de cadera acompañada de una rotación externa y una aducción, una flexión de rodilla, dorsiflexión, inversión de pie y dedos flexionados, o también una extensión, rotación interna y aducción de cadera, una extensión de rodilla, inversión y plantiflexión de tobillo.(29)

2.2.6. Funcionalidad del miembro superior en pacientes con ACV

Un paciente con ACV su área motora se ve afectada para la realización de sus actividades de vida diaria, por ello la extremidad superior se ve limitada ante la realización de alguna actividad, por lo cual se le dificulta poder integrarse a la sociedad o poder ser independiente.

Una afectación en el miembro superior nos va a demostrar cambios en su funcionalidad y alteraciones en los elementos de la mano como: la movilidad, fuerza, precisión, sensibilidad, destreza bi o unimanual, coordinación y sobre todo en los patrones de agarre. (30)(31)

2.2.7. Funcionalidad del miembro inferior en pacientes con ACV.

Las secuelas de un paciente con ACV nos va a llevar a una discapacidad y un grado de dependencia, en este caso, la alteración física que se puede observar es de la extremidad inferior, ya que el paciente no podrá realizar sus AVD correctamente, se limitará en el proceso de marcha o traslado, siendo dependiente de un cuidador, aunque la mejoría de la extremidad inferior es más eficaz que la del miembro superior. (32)

2.2.8. Test de Fugl-meyer

Es un test que nos sirve para valorar la recuperación motora, estuvo propuesta en el año 1975 por Axel R. La escala de Fugl-meyer se elaboró como un instrumento de evaluación de tipo cuantitativo, siendo este el primero en tomar en cuenta la recuperación sensoriomotora de un paciente con ACV, teniendo como base a los conceptos de Brunnstrom y de Twichell, sobre sus etapas del retorno motor. El test tiene un valor principal que representa los 100 puntos de dominio motor. (33)(34)

2.2.9. Apoyo social

El apoyo social es una interacción que se da por medio de dos personas con la finalidad de poder aumentar el bienestar de la persona a tratar. Esto se puede dar por un factor de interacción de ayuda o por alguna conexión social hacia la persona que necesita el apoyo.

También nos dice que es un proceso interactivo-transaccional e interpersonal percibido por los pacientes, haciendo que puedan percibir una colaboración económica, emocional e instrumental. (10)

2.2.10. Cuestionario MOS

El cuestionario MOS evalúa el apoyo social, llamado Medical Outcomes Study-Social Support Survey. Fue elaborado por Sherbourne y Stewart en el año 1991, para identificar la percepción de una persona en relación a la calidad y cantidad de apoyo que recibe. El instrumento presenta 20 ítems, en la cual 1 ítem analiza el apoyo estructural y los 19 ítems analizan el apoyo funcional. Ésta a su vez se divide en 4 dimensiones: apoyo interacción positiva, apoyo afectivo, apoyo emocional/informacional e instrumental/tangible. (35)

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

- Hi. Existe relación entre función motora y apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.
- Ho. No existe relación entre función motora y apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Hi: Existe relación entre función motora y la dimensión apoyo afectivo del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.
- Ho: No existe relación entre función motora y la dimensión apoyo afectivo del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.
- Hi: Existe relación entre función motora y la dimensión interacción social del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.
- Ho: No existe relación entre función motora y la dimensión interacción social del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.
- Hi: Existe relación entre función motora y la dimensión apoyo instrumental del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.
- Ho: No existe relación entre función motora y la dimensión apoyo instrumental del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.
- Hi: Existe relación entre función motora y la dimensión apoyo emocional del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.
- Ho: No existe relación entre función motora y la dimensión apoyo emocional del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El estudio será hipotético-deductivo porque continuará una serie de pasos metodológicos científicos cuyo resultado servirá para comprobar o refutar la hipótesis y poder deducir resultados. (36)

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque del estudio será cuantitativo, se recopilará y analizará los datos de manera estadística. También se utilizará la observación, será analizada de manera numérica y de forma objetiva, resaltando que no habrá intervención alguna. (37)

3.3. Tipo de investigación

El estudio será aplicado porque buscará resolver un determinado problema en la población, como es el déficit de función motora, asimismo será un enfoque cuantitativo-descriptivo. (38)

3.4. Diseño de la investigación

El estudio será no experimental, ya que no se modifican las variables, haciendo que se observen e interpreten los datos para llegar a una conclusión. El sub diseño es de tipo correlacional y de corte transversal, ya que los datos serán recopilados en un solo tiempo, y nivel descriptivo correlacional porque buscará obtener nuevos hechos y medirá la correlación de ambas variables. (39)

3.5. Población, muestra y muestreo

Población:

La población estará conformada por 100 pacientes post ACV de un hospital nacional. Lima. 2022.

Muestra:

La muestra estará conformada por 80 pacientes post ACV de un hospital nacional. Lima. 2022.

Muestreo:

No probabilístico por conveniencia, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que firman el consentimiento informado.
- Pacientes hemo dinámicamente estables.
- Pacientes de 18 a 80 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes con diagnóstico médico de hemiplejia
- Pacientes que sean atendidos en un hospital nacional de Lima

Criterios de exclusión:

- Pacientes que abandonan el programa
- Pacientes que pueden ser susceptible al programa
- Pacientes con sordo-ceguera
- Pacientes con alteraciones cognitivas
- Pacientes con alteración funcional por dolor.
- Pacientes que interrumpen la evaluación por voluntad propia.

3.6. Variables y Operacionalización

Variable 1: Función motora

Definición operacional: Capacidad de movimiento de las distintas estructuras del cuerpo humano. Será medido por la Escala de Fugl-Meyer, y cuyos valores finales son: MUY SEVERO, SEVERO, MODERADO, LEVE.(18)

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
-------------	-------------	--------------------	--------------------------------------

1. Miembro superior	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad refleja Movimiento voluntario con 	Ordinal	MUY SEVERO: (0-35 PUNTOS)
2. Miembro inferior	<ul style="list-style-type: none"> • Movimiento voluntario combinando sinergias 		SEVERO: (36-55 PUNTOS)
	<ul style="list-style-type: none"> • Movimientos voluntarios que no combinan sinergias 		MODERADO: (56-79 PUNTOS)
	<ul style="list-style-type: none"> • Movimientos voluntarios que no combinan sinergias 		LEVE: (> 79 PUNTOS)
	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación /velocidad 		

Variable 2: Apoyo social

Definición operacional: Proceso interactivo en el cual un individuo recibe apoyo en base a las relaciones interpersonales. Será medido por el CUESTIONARIO DE MOS, cuyos valores finales son: APOYO SOCIAL MÍNIMO, APOYO SOCIAL MEDIO, APOYO SOCIAL MÁXIMO. (40)

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
1. Apoyo afectivo	<ul style="list-style-type: none"> -Aceptación -Afinidad -Interés 	Ordinal	APOYO SOCIAL MINIMO: 0-32
2. Interacción Social	<ul style="list-style-type: none"> -Confianza -Dicha -Empatía -Experiencia -Gratitud -Lealtad -Orientación -Serenidad 		APOYO SOCIAL MEDIO: 33-64 APOYO SOCIAL MAXIMO: 65-95
3. Apoyo Instrumental	<ul style="list-style-type: none"> -Bienestar -Cordialidad -Respeto -Satisfacción 		
4. Apoyo Emocional	<ul style="list-style-type: none"> -Ágape -Alivio -Entusiasmo -Tranquilidad 		

Variable Interviniente 1: Características Sociodemográficas

Definición operacional: Grupo de indicadores que da información demográfica y de corte social.

Dimensión	Indicador	Escala de medición	Nivel y rango (Valor final)
Edad	Es la cantidad de años cumplidos que tiene el paciente desde la fecha de su nacimiento.	Razón	18 – 39 años 40 – 59 años 60 – 80 años
Sexo	Género que define al paciente.	Nominal	Masculino Femenino

Variable Interviniente 2: Características Clínicas

Definición operacional: Son elementos vinculados con las causas, secuelas de la enfermedad, número de patologías, tiempo y tipos que muestra el individuo.

Dimensión	Indicador	Escala de medición	Nivel y rango (Valor final)
Tipo de ACV	Relacionado al origen del ACV que daño al cerebro.	Nominal	Hemorrágico Isquémico
Hemisferio comprometido	Lado del cerebro que es dañado por el ACV.	Nominal	Derecho Izquierdo
Secuela	Condición neuromuscular que puede darse producto del ACV.	Nominal	Hemiparesia Hemiplejia

3.7. Técnica e instrumento de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica que se utilizará será la encuesta para recolectar datos demográficos, la observación para la Escala de Fugl-Meyer y entrevista para el Cuestionario de Apoyo social MOS.

Antes de iniciar con el proceso, se le proporcionará al paciente una ficha de consentimiento informado, con el objetivo de proceder con la evaluación.

Para iniciar con la recolección, se realizará la selección correspondiente de los pacientes que acuden al centro privado. Para la recolección de datos de la Escala de Fugl-Meyer se realizará en un tiempo de 30 - 35 min, y para el Cuestionario de Apoyo social MOS se realizará en 10-15 min, el tiempo total sería entre ambos instrumentos de 40-50 minutos por cada paciente.

3.7.2 Descripción de instrumentos

Será una ficha de recolección de datos la cual será elaborada por el investigador y estará conformada por:

Parte I: Características sociodemográficas edad (18 a 80 años), sexo (masculino y femenino)

Parte II: Características Clínicas, tipo de ACV (hemorrágico, isquémico); hemisferio afectado (derecho, izquierdo), secuela (hemiparesia, hemiplejia)

Parte III: Escala de Fugl-Meyer

El Fugl-Meyer es una evaluación más recomendada y utilizada de la función sensoriomotora después de un ACV., siendo un test eficiente y factible. Tiene 5 dominios que pueden utilizarse de forma independiente sin necesidad de administrar el test completo (función motora, función sensorial, equilibrio, rango movimiento, dolor), de los cuales 66 son posibles para la función motora de miembro superior y 34 para la función motora miembro inferior. Para valorar cada ítem se hace uso de una escala ordinal de tres puntos: 0, no puede realizar; 1, realiza parcialmente; 2, realiza completamente.

Su valor es del dominio motor que consta de 100 puntos, asimismo esta subdivididas en MUY SEVERO: (0-35 PUNTOS), SEVERO: (36-55 PUNTOS), MODERADO: (56-79 PUNTOS), LEVE: (> 79 PUNTOS) (33)(41)

Ficha técnica del instrumento de Fugl-Meyer (función motora)

Nombre:	Test de Fugl- Meyer
Autor:	Axel R.
Versión Española:	Ferrer González, Begoña María , año 2015
Versión Perú	Gonzales (2016)
Validez:	Alfa de Cronbach 0,98
Población:	Pacientes con accidente cerebrovascular
Administración:	Realizada por el evaluador
Duración de la prueba:	30- 35 minutos
Grupos de aplicación:	Pacientes con post ACV

Calificación:	Manual Mecánica.
Uso:	Diagnostica la función motora
Materiales:	Formato físico del cuestionario
Distribución de los ítems:	<ul style="list-style-type: none"> ● MUY SEVERO: (0-35 PUNTOS) ● SEVERO: (36-55 PUNTOS) ● MODERADO: (56-79 PUNTOS) ● LEVE: (> 79 PUNTOS)

Parte IV: Cuestionario de Apoyo social MOS.

Este cuestionario es de apoyo social, en la cual consideraron que el test puede ser autoadministrada y se dividen en dos niveles: el apoyo social funcional y la estructural, teniendo 19 y 1 ítems respectivamente. Del apoyo social funcional, se subdividen en cuatro dimensiones: el afectivo (3 ítems), interacción positiva (4 ítems), apoyo emocional (8 ítems) y instrumental (4 ítems), haciendo que cada uno tenga sus propios valores. (42)

<i>Ficha técnica del instrumento Cuestionario de apoyo social MOS</i>	
Nombre:	<i>Cuestionario de apoyo social MOS</i>

Autor:	Sherbourne y Stewart 1991
Versión Colombia	Arredondo el al, (2012)
Aplicación en Perú:	Rojas Contreras karol. Baca (2016)
Validez:	Alfa de Cronbach 0,97
Población:	Pacientes con ACV
Administración:	Realizada por el evaluador/ auto administrativo
Duración de la prueba:	10 - 15 minutos
Grupos de aplicación:	Pacientes post ACV
Calificación:	Manual Mecánica.

Uso:	Diagnostica el nivel de apoyo social que percibe el individuo.
Materiales:	Formato físico del cuestionario
Distribución de los ítems:	<p>cuenta con 19 ítems sobre apoyo familiar divididos en sus 4 dimensiones: 8 preguntas para apoyo emocional, 4 preguntas en apoyo instrumental, 4 preguntas en apoyo informativo y 3 preguntas en apoyo valorativo y cada uno tiene sus valores correspondientes.</p> <p>APOYO SOCIAL MÍNIMO: 0-32</p> <p>APOYO SOCIAL MEDIO: 33-64</p> <p>APOYO SOCIAL MAXIMO: 65-95</p>

3.7.3. Validación

Para este proyecto, se optó por ambos instrumentos realizar una validación de la ficha de recolección de datos, mediante tres juicios de expertos, para poder obtener el correcto uso de ellos. Por ello, se basó en calificar detalladamente las variables e instrumentos brindados, la cual obtuvo una validez de 1.0 según Herrera, siendo esta una validez perfecta.

3.7.4. Confiabilidad

Para asegurar que los instrumentos de este proyecto de investigación sean confiables se

realizó una prueba piloto obteniendo para Escala de Fugl-Meyer un alfa de Cronbach de 0.98 y para la Cuestionario de Apoyo social MOS el valor de Alfa de Cronbach 0,97, ambos siendo según Herrera un instrumento de excelente confiabilidad.(43)

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Después de recolectar los datos, se trabajará con el documento Word para la redacción de la tesis. Para la parte estadística, tablas y gráficos se trabajará con el archivo de Microsoft Excel y luego se ingresarán los datos al programa estadístico SPSS versión 27, Se utilizará un valor alfa de 0,05.

3.9. Aspectos éticos

Para realizar una adecuada investigación, se trabajará con las normas nacionales e internacionales. Se realizará una documentación requerida y se le brindará un consentimiento informado, tomando en cuenta la privacidad, confidencialidad y sobre todo el anonimato, con una firma antes de la realización del estudio y del profesional que va a desarrollar la investigación.

El investigador va a declarar que no existe conflicto de interés, aparente o potencial por lo que se compromete a realizar la publicación de los datos del estudio una vez finalizada la investigación. Asimismo, se tendrá en cuenta la discreción de datos de los participantes en el estudio, según lo referido a la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”).

(44)

4.2. Presupuesto

Recursos Humanos

Recursos Humanos

Servicios	Unidades	Costo Unitario	Costo total
Investigador	1	s/ 2,500	s/ 3,500
Asesor Académico	1	s/ 1,500	s/ 1,500
Sub Total			s/ 5,000

Bienes

Bienes	Unidad de medida	Costo Unitario	Costo Total
impresora	1 Unidad	s/ 300	s/ 300
laptop	1 unidades	s/ 1,500	s/ 1,500
Hojas bond	2 Millar	s/ 30	s/ 30
Empastados	3 Unidades	s/ 20	s/ 20
Anillados	2 Unidades	S/ 2.5	S/ 2.5
Lapicero	60 Unidades	s/ 23	s/ 23
Cartucho	1 Unidad	s/ 50	s/ 50
Corrector de Lapicero	1 Unidad	s/ 3	s/ 3
Sub Total			s/ 2002

Servicios

Servicios	Unidades	Costo Unitario	Costo Total
Alimentación	1 Individuo	S/ 100	S/ 400
Transporte	1 Individuo	S/ 100	S/ 400
luz	1 Unidad	S/ 200	S/ 200
Internet	1Unidad	S/ 150	S/ 150
Sub Total			S/ 1,150

Total

Recursos	s/ 5,000
Bienes	s/ 2002
Servicios	s/ 1,150
Total 100%	s/ 8152

REFERENCIAS

1. González et al, Estudio sobre la relación entre la dependencia funcional y la percepción de afectación de las extremidades superiores en pacientes con ictus a través de las herramientas de valoración dash e índice de barthel. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG. 2018;(28):225-36.
2. La OMS y la OIT alertan de que las jornadas de trabajo prolongadas aumentan las defunciones por cardiopatía isquémica o por accidentes cerebrovasculares [Internet]. [citado 28 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-05-2021-long-working-hours-increasing-deaths-from-heart-disease-and-stroke-who-ilo>
3. Vera y Viteri. Prevalencia de ACV en pacientes de 40 a 75 años que ingresan por el área de emergencia del Hospital Básico IESS Duran periodo enero a diciembre 2019 [Internet]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2020 [citado 29 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15301>
4. Manco y Marchan. Factores asociados a mal pronóstico en la rehabilitación del adulto mayor post accidente cerebrovascular en el Hospital Nivel II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador – EsSalud, 2018 [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2020 [citado 29 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12840/2969>
5. Bernabé-Ortiz y Carrillo-Larco. Tasa de incidencia del accidente cerebrovascular en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 17 de noviembre de 2021;399-405.
6. Alarcón A. S, Sánchez O. B, Manzur H V, Torres E J. Efectos de una terapia basada en estimulación eléctrica funcional de activación bimanual combinada con el entrenamiento de biofeedback electromiográfico en la función motora de la extremidad superior parética en sujetos secuestrados de accidente cerebrovascular. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2020;58(2):150-60.
7. Alessandro et al, Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. Medicina . 2020;80(1):54-68.
8. Rodríguez-Lázaro y Ortiz-Corredor. Cambios en la recuperación de la función motora en pacientes con accidente cerebrovascular crónico. Iatreia. 2016;29(2):123-32.
9. Barrientos y Almendra. 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]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6389>
10. Berduzco y André. Calidad de vida y apoyo social en pacientes ambulatorios con insuficiencia renal crónica terminal que acuden al Servicio de Hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena de Cusco, 2018 [Internet]. Universidad Andina del Cusco; 2019 [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12557/2873>
11. Caro López J. Papel de la familia en la rehabilitación del paciente con daño cerebral

rehabilitable [Internet]. 2018 [citado 29 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11531/35840>

12. Font CC. Castellano rehabilitación del miembro superior parético en pacientes con ictus: eficacia del empleo de entornos virtuales, soportes robóticos y retroalimentación visual con espejo [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2017 [citado 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?info=link&codigo=229438&orden=0>
13. Lima et al, Capacidade funcional e apoio social de pessoas acometidas por acidente vascular encefálico. Rev Bras Enferm. 19 de agosto de 2019;72(4):868-73.
14. Toaquiza y Mishel. Investigación bibliográfica de la terapia de espejo para mejorar la función motora en la extremidad superior afectada después de un accidente cerebrovascular [Internet]. Quito: UCE; 2020 [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/22372>
15. Moreira el al, Efectos de la terapia en espejo en pacientes con hemiplejía. Jahresber Schweiz Akad Med Wiss [Internet]. 14 de febrero de 2022 [citado 27 de octubre de 2022];5(1). Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/125>
16. Fugl-Meyer Assessment Scores Are Related With Kinematic Measures in People with Chronic Hemiparesis after Stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 1 de enero de 2020;29(1):104463.
17. Hernández et al, Intra- and inter-rater reliability of Fugl-Meyer Assessment of Lower Extremity early after stroke. Brazilian journal of physical therapy [Internet]. noviembre de 2021 [citado 29 de octubre de 2022];25(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33358073/>
18. Portilla y del Pilar. Funciones neuromusculoesqueléticas y actividades de vida diaria en usuarios post accidente cerebrovascular del Servicio de Terapia Ocupacional del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019 [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/10555>
19. Hsieh et al, Trunk control as an early predictor of comprehensive activities of daily living function in stroke patients. Stroke [Internet]. noviembre de 2002 [citado 5 de octubre de 2022];33(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12411652/>
20. Bernal MYP. ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN MOTORA DE MIEMBRO SUPERIOR EN LA HEMIPLEJÍA –MODELOS DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA–. Mov cient. 31 de diciembre de 2009;3(1):101-8.
21. Accidente cerebrovascular isquémico. Blood, Heart and Circulation [Internet]. 26 de agosto de 2015 [citado 27 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ischemicstroke.html>
22. Listar Licenciado en Tecnología Médica especialidad: Radiología por tema «Efecto de hematocrito» [Internet]. [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/72/browse?type=subject&value=Efe>

cto+de+hematocrito

23. García Álvarez A. Efecto de la realidad virtual combinada con fisioterapia en la función del miembro superior parético, en pacientes post-ictus en fase crónica: un proyecto de investigación [Internet]. 2020 [citado 5 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/26865>
24. Collin y Wade. Assessing motor impairment after stroke: a pilot reliability study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. julio de 1990 [citado 5 de octubre de 2022];53(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2391521/>
25. Hendricks et al, Motor recovery after stroke: a systematic review of the literature. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. noviembre de 2002 [citado 29 de octubre de 2022];83(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12422337/>
26. Castro et al, Perfil del Paciente con Accidente Cerebro Vascular Egresado del Complejo Asistencial Barros Luco entre Enero y Junio, 2007. 2007 [citado 29 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/110677>
27. Cuadrado AA. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clínica*. 2009;70(3):25-40.
28. Reeduccion Motora en la Hemiplejia [Internet]. Google Books. [citado 29 de octubre de 2022]. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Reeducacion_Motora_en_la_Hemiplejia.html?hl=es&id=KKIISQAACAAJ
29. Fugl-Meyer Assessment of Motor Recovery after Stroke [Internet]. Physiopedia. [citado 29 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.physio-pedia.com/Fugl-Meyer_Assessment_of_Motor_Recovery_after_Stroke
30. Perez et al, Funcionalidad del miembro superior afectado en personas con secuelas de enfermedad cerebrovascular. noviembre de 2010 [citado 27 de octubre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ecr.edu.co/handle/001/297>
31. Rico y García. Estudio piloto sobre la fiabilidad del Jebsen & Taylor hand function test en población española con daño cerebral adquirido. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*. 2018;(27):4.
32. Paixão y Silva. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. *Enferm glob*. 2009;(15):0-0.
33. Cecchi et al. Transcultural translation and validation of Fugl-Meyer assessment to Italian. *Disabil Rehabil* [Internet]. diciembre de 2021 [citado 27 de octubre de 2022];43(25). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32356509/>
34. Neurología.com [Internet]. [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2021385>
35. Cabrera y Valencia. Ansiedad por COVID-19 y Apoyo Social Percibido en trabajadores en modalidad remota de Lima Metropolitana, y Callao [Internet]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2021 [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en:

<http://hdl.handle.net/10757/657691>

36. Quezada y Guadalupe. La gestión del capital de trabajo y la liquidez en la empresa AIRE TEC S.A [Internet]. Universidad Nacional del Callao; 2019 [citado 4 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12952/4294>
37. El portal de la tesis [Internet]. [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://recursos.ucol.mx/tesis/investigacion.php>
38. Gerencia. Tipos de Investigación en la elaboración de tesis de Grado [Internet]. [citado 4 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://asesoriamss.com/servicios/empresa-2/item/153-tipos-de-investigacion-en-la-elaboracion-de-tesis-de-grado>
39. Rodríguez AM. Metodología de Investigación en la maestría de Administración de las Telecomunicaciones en el ITESM, Campus Monterrey: Prácticas actuales, tendencias metodológicas, líneas y procesos de investigación-Edición Única. 1 de diciembre de 2003 [citado 4 de octubre de 2022]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/11285/571031>
40. Martín-Carbonell et al, Estructura factorial del Cuestionario de Apoyo Social MOS en ancianos colombianos con dolor crónico. Ter Psicol. 2019;37(3):211-24.
41. Gladstone et al, The fugl-meyer assessment of motor recovery after stroke: a critical review of its measurement properties. Neurorehabil Neural Repair [Internet]. septiembre de 2002 [citado 27 de octubre de 2022];16(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12234086/>
42. Collacso et al, Adaptación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima 2018 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2019 [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/36115>
43. Confiabilidad y Validez de Instrumentos de investigación [Internet]. [citado 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/17208229-Confiabilidad-y-validez-de-instrumentos-de-investigacion.html>
44. Herrera, A. (1998) - Notas de Psicometria 1-2 - Historia de Psicometria y Teoria de La Medida [Internet]. Scribd. [citado 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/211979988/Herrera-A-1998-Notas-de-Psicometria-1-2-Historia-de-Psicometria-y-Teoria-de-La-Medida>

ANEXO 1 Matriz de consistencia

“FUNCIÓN MOTORA Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE UN HOSPITAL NACIONAL, LIMA, 2022”					
FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la relación entre función motora y apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS ¿Cuál es la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022? ¿Cuál es el apoyo social en pacientes</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre función motora y apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS Identificar la relación entre función motora y la dimensión apoyo efectivo del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL Hi. Existe relación entre función motora y apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.</p> <p>Ho. No existe relación entre función motora y apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.</p>	<p>VARIABLE 1 FUNCIÓN MOTORA Dimensiones: 1. Miembro superior 2. Miembro inferior</p> <p>VARIABLE 2 APOYO SOCIAL Dimensiones: 1. Apoyo afectivo 2. Interacción Social 3. Apoyo Instrumental. 4. Apoyo Emocional</p>	<p>METODO DE LA INVESTIGACION. Hipotético deductivo</p> <p>TIPO DE INVESTIGACION. Aplicado</p> <p>ENFOQUE DE LA INVESTIGACION. Cuantitativa</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACION no experimental</p> <p>SUB DISEÑO. Correlacional</p> <p>CORTE. Transversal</p>	<p>INSTRUMENTO VARIABLE 1 Escala de Fugl-Meyer Técnica: Observacional</p> <p>VARIABLE 2 Cuestionario de Apoyo social MOS. Técnica: Entrevista</p>

<p>post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022? ¿Cuál es la relación entre función motora y la dimensión apoyo efectivo del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022? ¿Cuál es la relación entre función motora y la dimensión interacción social del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022? ¿Cuál es la relación entre función motora y la dimensión interacción social del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022? ¿Cuál es la relación entre función motora y la dimensión apoyo instrumental del apoyo social en pacientes post accidente</p>	<p>Identificar la relación entre función motora y la dimensión interacción social del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular. Identificar la relación entre función motora y la dimensión apoyo instrumental del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular. Identificar la relación entre función motora y la dimensión apoyo emocional del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular. Identificar las características sociodemográficas en pacientes post accidente cerebrovascular. Identificar las características clínicas</p>	<p>HIPOTESIS ESPECÍFICAS Hi: Existe relación entre función motora y la dimensión apoyo efectivo del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022. Ho: No existe relación entre función motora y la dimensión apoyo efectivo del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022. Hi: Existe relación entre función motora y la dimensión interacción social del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022. Ho: No existe relación entre función motora y la</p>		<p>POBLACION. 80 pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.</p> <p>MUESTRA 80 pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.</p> <p>MUESTREO No probabilístico por conveniencia, tipo censal.</p>	
---	--	--	--	--	--

<p>cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022? ¿Cuál es la relación entre función motora y la dimensión apoyo emocional del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022? ¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022? ¿Cuáles son las características clínicas en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022?</p>	<p>en pacientes post accidente cerebrovascular.</p>	<p>dimensión interacción social del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022. Hi: Existe relación entre función motora y la dimensión apoyo instrumental del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022. Ho: No existe relación entre función motora y la dimensión apoyo instrumental del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022. Hi: Existe relación entre función motora y la dimensión apoyo emocional del apoyo social en pacientes post</p>			
--	---	--	--	--	--

		<p>accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.</p> <p>Ho: No existe relación entre función motora y la dimensión apoyo emocional del apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, Lima, 2022.</p>			
--	--	---	--	--	--

ANEXO 2 Instrumentos

Ficha de recolección de datos

“FUNCIÓN MOTORA Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE UN HOSPITAL NACIONAL, LIMA, 2022”

Instrucciones: Estimado señor (a) la presente investigación tiene por objetivo determinar la relación entre la función motora y apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular de un hospital nacional, lima, 2022”. esta ficha de recolección se realiza de manera anónima.

Llenado por el fisioterapeuta

Parte I: Características sociodemográficas

Edad	18 – 39 años
	40 – 59 años
	60 – 80 años
Sexo	Masculino
	Femenino

Parte II: Características Clínicas

Tipo de ACV	Hemorrágico
	Isquémico
Hemisferio comprometido	Derecho
	Izquierdo
Secuela	Hemiparesia
	Hemiplejia

Parte III: Función Motora

Escala de Fugl-Meyer
FUNCION MOTORA DE MIEMBRO SUPERIOR

Fecha: / /
Clínica:

N°

de Historia

A. HOMBRO/CODO/ANTEBRAZO

I. Actividad Refleja	Ausente	Presente
1) Flexores: Bicipital	0	2
2) Extensores: Tricipital	0	2
0 = no se obtiene reflejo 2 = se obtiene reflejo		
Sub-total I(máx.=4)		

II. Movimiento voluntario con sinergia		Ausente	Parcial	Completo
Sinergia flexora	3) Elevación escapular	0	1	2
	4) Retracción del hombro	0	1	2
	5) Abducción del hombro	0	1	2
	6) Rotación externa del hombro	0	1	2
	7) Flexión del codo	0	1	2
	8) Supinación de antebrazo	0	1	2
Sinergia extensora	9) Aducción / Rotación interna del hombro	0	1	2
	10) Extensión del codo	0	1	2
	11) Pronación del antebrazo	0	1	2
		0	1	2

0 = no realiza la acción 1 = la realiza parcialmente 2 = la realiza perfectamente		Sub-total II (máx.=18)		
---	--	------------------------	--	--

III. Movimiento voluntario combinando sinergias		Ausente	Parcial	Completo
12) Mano hacia columna lumbar	0 = No puede realizar la acción 1 = Realiza la acción parcialmente (la mano debe pasar la EIAS) 2 = La realiza perfectamente	0	1	2
13) Flexión del hombro a 90° (codo a 0°)	0 = El brazo se abduce inmediatamente, o el codo se flexiona al inicio del movimiento 1 = Abducción de hombro o flexión de codo en una fase más tardía del movimiento 2 = Realiza la acción perfectamente	0	1	2

14) Pronación/ supinación del antebrazo (codo en 90°, hombro en 0°)	0 = Posición correcta del hombro y no se puede conseguir la flexión de codo ni la pronación/ supinación 1 = La pronación o supinación activa pueden realizarse parcialmente (el hombro y el codo están posicionados correctamente) 2 = Realiza la acción perfectamente	0	1	2
Sub-total III (máx.=6)				
IV. Movimiento voluntario que no combinan sinergias		Ausente	Parcial	Completo
15) Abducción de hombro hasta 90° (codo en 0°, antebrazo en pronación)	0 = Se produce flexión inicial en el codo, o alguna tendencia a la pronación del antebrazo 1 = El movimiento se puede realizar parcialmente, o, si durante el movimiento, el codo se flexiona, o el antebrazo no se puede mantener en pronación. 2 = Se realiza perfectamente	0	1	2
16) Flexión del hombro entre 90° - 180° (codo 0° y antebrazo en posición intermedia)	0 = Se inicia flexión del codo, o se realiza abducción del hombro 1 = La flexión de codo o la abducción de hombro ocurre durante la flexión del hombro (en las fases más tardías del movimiento). 2 = Se realiza perfectamente	0	1	2
17) Pronación/ supinación del antebrazo (codo en 0° y hombro en 30°- 90° de flexión)	0 = La supinación y pronación no pueden realizarse 1 = El codo y el hombro correctamente posicionados se sitúan adecuadamente, pero la supinación de antebrazo se realiza en un rango limitado 2 = Se realiza perfectamente	0	1	2
Sub-total IV (máx.=6)				
V. Intensidad de los reflejos, evaluar únicamente si la puntuación es igual a 6 para la sección IV				
18) Exploración de reflejos bicipital, tricipital y flexores de dedos	0 = Al menos 2 de los 3 reflejos son marcadamente hiperactivos 1 = Un reflejo es marcadamente hiperactivo o al menos 2 reflejos están vivos 2 = Máximo un reflejo vivo y ningún reflejo hiperactivo	0	1	2
Sub-total V(máx. = 2)				
Total A (Max. 36)				

B. MUÑECA		Ausente	Parcial	Completo
19) Flexión dorsal de muñeca (antebrazo en pronación, codo en 90° de flexión y hombro en 0°)	0 = El paciente no puede realizar la dorsiflexión hasta los 15° requeridos 1 = Alcanza 15° de dorsiflexión, pero no se aplica resistencia 2 = La posición puede mantenerse con resistencia	0	1	2
20) Flexión dorsal y palmar de muñeca (antebrazo en pronación, flexión/extensión, codo en 90° de flexión y hombro en 0°.)	0 = No existen movimientos voluntarios de flexión palmar 1 = El paciente no puede completar activamente el rango total de movimiento de la muñeca 2 = Impecable, completando de manera repetitiva el rango total de movimiento articular	0	1	2
21) Flexión dorsal de muñeca (antebrazo en pronación, codo en 0° y hombro en flexión de 30°)	0 = El paciente no puede realizar la dorsiflexión hasta los 15° requeridos 1 = Alcanza 15° de dorsiflexión, pero no se aplica resistencia 2 = La posición puede mantenerse con resistencia	0	1	2
22) Flexión dorsal y palmar de muñeca (antebrazo en pronación, flexión/extensión, codo en 0° y hombro en flexión de 30°)	0 = No existen movimientos voluntarios de flexión palmar 1 = El paciente no puede completar activamente el rango total de movimiento de la muñeca 2 = Impecable, completando de manera repetitiva el rango total de movimiento articular	0	1	2
23) Circunducción Movimientos circulares con la muñeca	0 = No se puede realizar 1 = Movimiento errático o circunducción incompleta 2 = Movimiento impecable	0	1	2

C. MANO		Ausente	Parcial	Completo
24) Flexión de dedos	0 = No existe flexión 1 = Alguna flexión, pero no se realiza el movimiento completo 2 = Flexión (activa) completa (comparada con la mano no afectada)	0	1	2

25) Extensión de dedos	0 = No existe extensión 1 = El paciente puede realizar un agarre flexor activo, pero no el movimiento completo 2 = Extensión (activa) completa (comparada con la mano no afectada)	0	1	2
Prensión				
26) Prensión en gancho (con flexión de interfalángicas)	0 = La posición requerida no se puede conseguir 1 = Agarre es débil 2 = Agarre puede ser mantenido con relativa resistencia relativamente grande	0	1	2
27) Prensión dígito pulgar lateral, agarre papel	0 = No puede realizar la acción 1 = El trozo de papel interpuesto entre en pulgar y el primer dedo puede ser mantenido en su lugar, pero no con un tirón. 2 = El papel es sostenido firmemente tras el tirón.	0	1	2
28) Prensión digitopulgar (pulgar/índice), agarre lápiz	0 = La función no se puede realizar 1 = El lápiz interpuesto entre las yemas de los dedos índice y pulgar se puede mantener en el sitio pero no a través de un ligero tirón 2 = El lápiz se agarra firmemente aguantando el tirón	0	1	2
29) Prensión cilíndrica, agarre lata	0 = La función no se puede realizar 1 = Una lata puede mantenerse entre los dedos índice y pulgar pero no tras un tirón 2 = La lata se sostiene firmemente tras el tirón.	0	1	2
30) Prensión esférica, Agarre, pelota.	0 = La función no se puede realizar 1 = Puede mantener una pelota de tenis en su lugar mediante empuñadura esférica pero no tras el tirón 2 = La pelota de tenis se puede mantener firmemente tras el tirón	0	1	2
Total (máx. = 14)				

D. COORDINACIÓN/VELOCIDAD Dedo/nariz rápidamente, cinco veces, los ojos cerrados. Medir el tiempo de realización y comparar con el lado opuesto		Acentuado	Leve	Nada
31) Temblor	0=Temblor marcado 1 = Temblor ligero 2 = Sin temblor	0	1	2
32) Dismetría	0 = Dismetría pronunciada o no sistemática 1 = Dismetría ligera o sistematizada 2 = Sin dismetría	0	1	2
		>5s	2 – 5s	<1s
33) Velocidad	0 = La actividad se realiza en más de 6 segundos más lento que con la mano no afecta 1 = Entre 2 y 5.9 segundos más lento que con la mano no afectada 2 = Menos de 2 segundos de diferencia	0	1	2
Total (máx. = 6)				

**Escala de Fugl-Meyer
FUNCION MOTORA DE MIEMBRO INFERIOR**

E. CADERA, RODILLA, TOBILLO

I. Actividad Refleja	Ausente	Presente	
34) Reflejos: Aquileo	0	2	
35) Reflejos: Rotuliano	0	2	
0 = no se obtienen 2 = se obtienen	Sub-total I (máx.=4)		
II. Movimiento voluntario en sinergia	Ausente	Parcial	Completo

Sinergia flexora (posición en decúbito supino).	36) Flexión de cadera	0	1	2
	37) Flexión de rodilla	0	1	2
	38) Dorsiflexión de tobillo	0	1	2
		0	1	2
Sinergia extensora (posición en decúbito lateral)	39) Extensión de cadera	0	1	2
	40) Aducción de cadera	0	1	2
	41) Extensión de rodilla	0	1	2
	42) Flexión plantar de tobillo	0	1	2
0 = No la puede realizar en absoluto. 1 = Realiza el movimiento parcialmente Sub-total II (máx.=14) 2 = Realiza el movimiento completamente				
III. Movimiento voluntario combinando sinergias (posición sentado)		Ausente	Parcial	Completo
43) Flexión de rodilla (Llevar el tobillo hacia atrás y debajo de la silla)	0 = No hay movimiento activo 1 = Desde la posición de ligera extensión, la rodilla puede flexionarse, pero no más de los 90°. 2 = Flexión de rodilla más de 90°	0	1	2
44) Dorsiflexión de tobillo (Levantar la punta del pie con el talón en el suelo)	0 = No movimiento activo 1 = Flexión activa incompleta (el talón debe permanecer en el suelo con los bordes medial y lateral del antepié sin tocar el suelo durante la dorsiflexión) 2 = Dorsiflexión normal (rango completo de movilidad activa con el talón en el suelo)	0	1	2
Sub-total III (máx.=4)				
IV. Movimiento voluntario sin sinergia (en bipedestación)		Ausente	Parcial	Completo
45) Flexión de rodilla (patada hacia atrás con talón)	0 = La rodilla no se puede flexionar sin la flexión de la cadera. 1 = La flexión de la rodilla se inicia sin flexión de cadera, pero no alcanza los 90° o la cadera comienza a flexionarse en una fase posterior del movimiento. 2 = La rodilla se flexiona más de 90°	0	1	2

46) Dorsiflexión de tobillo (levantar la punta del pie con el talón en el suelo)	0 = Sin movimiento activo 1 = Movimiento parcial o con rodilla sin extensión completa 2 = Movimiento completo (realización completa del rango articular en la dorsiflexión con la rodilla extendida y el talón en el suelo)	0	1	2
Sub-total IV (máx.=4)				
V. Actividad refleja normal , evaluar solamente si la puntuación es igual a 4 para la sección IV, comparar con lado afectado				
47) Reflejos en miembros inferiores (en posición sentada)	0 = Al menos dos de tres reflejos son marcadamente hiperactivos 1 = Un reflejo es marcadamente hiperactivo o al menos dos reflejos están vivos 2 = No más de un reflejo está vivo, y ninguno está hiperactivo	0	1	2
Sub-total V (máx. = 2)				
Total, A (Max. 28)				

F. COORDINACIÓN/VELOCIDAD , con los ojos cerrados llevar el talón recorriendo la tibia hacia la rodilla contraria		Acentuado	Leve	Nada
48) Temblor	0 = Temblor marcado 1 = Temblor ligero 2 = Sin temblor	0	1	2
49) Dismetría	0 = Dismetría pronunciada o no sistemática 1 = Dismetría ligera o sistemática 2 = Sin dismetría	0	1	2
		>5s	2 – 5s	<1s
50) Velocidad	0 = La actividad se realiza en más de 60 segundos más lento que con la mano no afectada 1 = Entre 2 y 5.9 segundos más lento que con la mano no afectada 2 = Menos de 2 segundos de diferencia	0	1	2
Total (máx. = 6)				

TOTAL MIEMBRO SUPERIOR A-B-C-D (MÁX. = 66)	
TOTAL MIEMBRO INFERIOR E-F (MÁX. = 34)	

TOTAL FUNCION MOTORA (MÁX. = 100)	
--	--

COMPROMISO DE LA FUNCION MOTORA	PUNTUACION
MUY SEVERO	(0-35 PUNTOS)
SEVERO	(36-55 PUNTOS)
MODERADO	(56-79 PUNTOS)
LEVE	(> 79 PUNTOS)

Parte IV: Apoyo Social

CUESTIONARIO DE MOS

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo, cuando lo necesita?) 1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tienen Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

--	--

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos:

PREGUNTAS	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					

4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.					
7. Alguien con quién pasar un buen rato.					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10. Alguien que le abrace.					
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.					
15. Alguien que le ayude en sus tareas					

domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.					
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.					
18. Alguien con quién divertirse.					
19. Alguien que comprenda sus problemas.					
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido.					

TABLA DE CALIFICACIONES

EVALUACION	PUNTAJE
APOYO SOCIAL MINIMO	0-32
APOYO SOCIAL MEDIO	33-64
APOYO SOCIAL MAXIMO	65-95

ANEXO 3 Validez

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Chero Pisfil, Santos Lucio
DNI: 06139258

Especialidad de validador: Mg. Maestro en Educación con mención en docencia y gestión educativa

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

18 de Octubre del 2022



SANTOS LUCIO CHERO PISFIL
DNI: 06139258

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador.
DNI: 10697600

Especialidad de validador: Mg. Andy Freud Arrieta Córdova

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

18 de Octubre del 2022



Firma del Experto Informante.

ANEXO 4 Aprobación del comité de ética

ANEXO 5 Formato de consentimiento informado

Título de proyecto de investigación : “FUNCIÓN MOTORA Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE UN HOSPITAL NACIONAL, LIMA, 2022”

Investigadores : Lic. Velásquez Bautista, Jaime Máximo

Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: ““FUNCIÓN MOTORA Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE UN HOSPITAL NACIONAL, LIMA, 2022” de fecha 11/08/2022 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

1. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es “Determinar la relación entre función motora y apoyo social en pacientes post accidente cerebrovascular.”. Su ejecución ayudará/permitirá

Duración del estudio (meses): 3 meses

N° esperado de participantes: 80

Criterios de inclusión y exclusión:

(No deben reclutarse voluntarios entre grupos “vulnerables”: presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc. Salvo que la investigación redunde en un beneficio concreto y tangible para dicha población y el diseño así lo requiera).

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Firmar correctamente el consentimiento informado.
- Se le realizará una encuesta Fugl-Meyer para la función motora y el cuestionario de MOS para el apoyo social.
- Se le explicará de la prueba que se le realizará.

La *encuesta* de Fugl- Meyer puede demorar unos 30-35 minutos y el cuestionario de MOS unos 10-15 minutos.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos:

Su participación en el estudio *no* presenta ningún riesgo tanto para su salud emocional, física e integral.

Beneficios:

Usted se beneficiará del presente proyecto porque conocerá si su función motora que presenta se relaciona con el apoyo social, siendo importante pues se desarrollará estrategias de atención precoz, evitando en lo posible y/o disminuyendo los efectos negativos en la función motora, evitando así se vea comprometida indirectamente el cuidado y el apoyo social que puede recibir.

Por lo tanto, con su apoyo estará aportando más conocimientos en el área de la salud permitiendo diseñar protocolos de manejo preventivo - asistencial tanto para la comunidad científica como para la sociedad.

Costos e incentivos: Usted *no* pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal: Lic. VELÁSQUEZ BAUTISTA, JAIME MÁXIMO celular 920275252 correo: javema73@hotmail.com. Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio,

Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

(Firma)
Nombre **participante:**

DNI:
Fecha: (/ /)

(Firma)
Nombre **investigador:** Lic. Velásquez
Bautista, Jaime Máximo
DNI:32735332
Fecha: (/ /)

_____ (Firma) _____

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

ANEXO 6 Informe del asesor de turnitin