



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

**“EFECTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL RENDIMIENTO FÍSICO
DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN CENTRO
PARTICULAR, 2021”**

TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
FISIOTERAPIA EN NEUROREHABILITACIÓN

Presentado por:

AUTOR: JAIME RUIZ, STEFANNY MILUSKA

CÓDIGO ORCID: 0000-0002-4851-3812

ASESOR: Mg. MELGAREJO VALVERDE, JOSE ANTONIO

CÓDIGO ORCID:

LIMA – PERÚ

2021

INDICE

1. ¡Error! Marcador no definido.	
1.1. 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

La enfermedad de parkinson es considera el segundo trastorno neurodegenerativo más incidente a nivel mundial, es más frecuente en países industrializados, como Estados Unidos, Alemania, China y Brasil; se estima del 3% al 10% de los mayores de 65 y 80 años (1). Llegando a una incidencia anual alrededor de 13 casos por cada 100.000 habitantes. Actualmente en Perú existen 30.000 personas diagnosticadas con Enfermedad del Parkinson, de los cuales 10.000 existen en Lima (3).

En el año 2016 la Organización Mundial de la Salud, manifestó que por cada 100 personas con enfermedad de parkinson de 60 años de edad, afectaba a uno; determinándose así la cifra de más de 6 millones de peruanos, que visualiza que en el año 2030 aumentarán a 12 millones con dicha patología. Además, el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas estimó que en el año 2014 representaba en 1% de la población general que tenían enfermedad de parkinson, es decir aproximadamente 300 mil personas; es así que cada año entre 2000 y 3000 personas la diagnostican con tal patología (11)

Anteriormente, los programas de fisioterapia y rehabilitación en Perú a menudo se administraban en etapas avanzadas de la enfermedad de Parkinson, y siempre se presentaban como un circuito de actividades físicas en donde implicaba dar pasos, en diferentes direcciones; algunos ejercicios de motora fina y de coordinación y equilibrio, conjuntamente se les realizaba la fisioterapia convencional, que consistía; en la colocación de compresas húmedas calientes , para obtener una vasodilatación en general y así causar un relajamiento muscular; la aplicación de programas de corriente terapéutica a través de diferentes equipos de terapia, que consiste en brindar ondas de Hz, de diferente frecuencia con el objetivo de un bombeo propioceptivo temporal.

El impacto de los tratamientos de fisioterapia convencional ha sido de impacto negativo, en la rehabilitación de estos pacientes; incluso el diagnóstico en un 80 por ciento es detectada en un estadio avanzado, es por ello el déficit musculoesquelético y cognitivo severo (4).

En los últimos 25 años se han ido estudiando estos programas de intervención que han ido mejorando, se ha ido fortaleciendo científicamente conforme se han ido publicando ensayos y artículos sobre este método Lee Silverman Voice Big, los avances han sido muy satisfactorios y eficientes para estos pacientes. Sin embargo, actualmente en Perú, aún, esta comunidad no se

beneficia con plan de rehabilitación actualizada y diseñada básicamente para las personas con la enfermedad de parkinson (5).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Qué efecto tiene el programa de intervención en el rendimiento físico de pacientes con enfermedad de parkinson en un centro particular, 2021?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Qué efecto tiene el programa de intervención en el rendimiento físico con enfermedad de parkinson según género en un centro particular, 2021?

2. ¿Qué efecto tiene el programa de intervención en el rendimiento físico con enfermedad de parkinson según el lado de afectación en un centro particular, 2021?

3. ¿Qué efecto tiene el programa de intervención en el rendimiento físico con enfermedad de parkinson según estadios de la enfermedad en un centro particular, 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el efecto del programa de intervención en el rendimiento físico de pacientes con enfermedad de parkinson

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar el efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según género de pacientes con enfermedad de parkinson.
2. Determinar el efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según el lado de afectación de pacientes con enfermedad de parkinson.
3. Determinar el efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según estadios de la enfermedad de pacientes con enfermedad de parkinson.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación Teórica

En esta investigación se busca combatir la brecha de la fisioterapia convencional en este grupo de adultos mayores con enfermedad de parkinson, mejorar el abordaje a estos pacientes, que el tratamiento del programa de intervención sea mucho más eficaz y sea más direccionado únicamente a los síntomas y signos que resulta de la enfermedad, esta comunidad por sus características síntomas necesita un programa que sea más exacto y claro para ellos, direccionados con su propio objetivo funcional del paciente que padece esta enfermedad. El aprendizaje motor del programa de intervención Lee Silverman Voice Treatment Big tiene todas

las herramientas para poder tratar a este paciente en un ámbito global e integral, sus técnicas de ejercicios físicos son muy eficaces.

1.4.2. Justificación Metodológica

El programa de intervención ha sido comprobado científicamente desde el 2002, desde entonces existen diferentes grupos de todos los países que se han sometido a este programa y han dado resultados muy eficaces. Por lo tanto, es confiable aplicar el programa de intervención en Lima, y más adelante que sea un modelo para ir abarcando todas las ciudades del Perú. Además, sería el inicio del aporte clínico que daría la investigación como tal, de esta forma se ampliarían los conocimientos de una rehabilitación más completa para esta comunidad. Adicionado a esto la validación que se dará para el instrumento que se usará para la investigación, generar mayor confiabilidad, y por ende mucha más confianza para que los colegas puedan utilizar y aplicar.

1.4.3. Justificación Práctica

El programa de intervención, puede ser muy útiles para esta comunidad, ya que brindan no solo ejercicio sino también amistad, aliento y apoyo. Sin embargo, es importante saber que la eficacia de este programa dependerá del grado de estadio avanzando en el que se encuentra el paciente. Actualmente quiero enfocarme en una rehabilitación mas integral, un abordaje que busca resolver los déficits funcionales que padecen y los limitan físico - mental y socialmente.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

El estudio se realizó desde Enero del 2020 hasta Agosto del 2021

1.5.2. Espacial

Se realizará en un centro particular en la ciudad de Lima

1.5.3. Recursos

- Test de Timed Up and Go.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Schaible, et al., (2021) en su investigación tuvieron como objetivo “*Investigar el efecto de Lee Silverman Voice Big , en pacientes con enfermedad de parkinson con síntomas no motores*”. Realizó un estudio experimental de alcance explicativo. Fueron asignados 44 pacientes al azar a uno de los tres grupos de tratamiento se administraron individualmente en 16 sesiones de 1 hora en 4 semanas (4 veces por semana). Los pacientes asignados a NORMAL recibieron 16 sesiones individuales de 1 hora en 8 semanas (2 × / semana). ANCOVA (Análisis de covarianza) mostró puntuaciones NMSS reducidas para todos los grupos, siendo INTENSIVO superior a NORMAL ($p = 0,033$). Para las medidas de resultado secundarias (como la longitud, la rapidez y la marcha),

LSVT BIG e INTENSIVE fueron superiores a NORMAL. El estudio proporciona evidencia de que los tres programas de ejercicio son técnicas efectivas para mejorar el sistema neuromuscular y la función motora en la enfermedad de Parkinson (6).

Flood, et al., (2020) en su estudio tuvieron como finalidad “ *Utilizar pruebas clínicas con instrumentos de acelerómetro para cuantificar las características de la marcha, el equilibrio y el control motor fino en personas con enfermedad de parkinson, con el fin de examinar la función motora durante y después de la terapia Lee Silverman Voice Big*”. Fue un estudio experimental de alcance explicativo. Se reclutó para participar en el estudio a doce personas con enfermedad de Parkinson sometidas a terapia Lee Silverman Voice Big, se hicieron ocho controles, la movilidad funcional se examinó utilizando pruebas clínicas instrumentadas: caminata de 10 m, cronometraje, sometidos a terapia fueron evaluados antes, cada semana durante y hasta 13 semanas después. mostraron mejoras significativas en los tiempos de caminata de 10 m ($p < 0,001$) y tiempos cronometrados ($p = 0,004$) durante un período de cuatro semanas en comparación con los controles de enfermedad de Parkinson sin ejercicio. Mejoraron la marcha y las tareas de sentarse y pararse, y demuestran un cambio de escala de la relación velocidad-amplitud durante la marcha (7).

Isaacson, et al., (2018) en su pesquisa tuvieron como fin “ *Disminuir el impacto negativo de la hipocinesia, con el programa de Lee Silverman Voice Big, en el desempeño de tareas dobles en personas con enfermedad con parkinson*”. Realizaron

un estudio experimental de alcance explicativo, donde aplicaron el programa de Lee Silverman Voice Big a 114 pacientes admitidos a rehabilitación en un hospital suburbano. Se extrajeron datos demográficos y datos de 8 medidas de resultado para sujetos que completaron 14 de 16 sesiones de BIG. 93 de estos sujetos tenían registros de puntajes en el test, previos y posteriores a la prueba. La edad promedio fue de 68,4 años en $DE = 10,6$ y la duración media de la enfermedad fue de 4,9 años en $DE = 5,3$. Los sujetos demostraron mejoras estadísticamente significativas para el test. El rendimiento motor y cognitivo concurrente se mantuvo estable. El costo de la tarea dual disminuyó a un nivel estadísticamente significativo para el test en un 7% $SD = 31\%$, pero no Motor a un 4% $SD = 32\%$. En consecuencia, estos hallazgos sugieren que las estrategias de señalización asociadas con Lee Silverman Voice Big se internalizan y disminuyen el impacto negativo de la hipocinesia en la movilidad y el rendimiento cognitivo al realizar dos tareas simultáneamente en personas con Parkinson (8).

Mcdonnell, et al., (2018) en su averiguación tuvieron como propósito “*Evaluar la efectividad de una intervención alternativa Lee Silverman Voice Big, para mejorar la movilidad funcional*”. Realizaron un estudio experimental (cuasiexperimental) de alcance explicativo, aplicó el programa de intervención Lee Silvermann Voice Big, a una población de 84 paciente, con enfermedad de Parkinson leve. Hubo una mejora significativa en la función motora evaluada con la Escala Unificada de Enfermedad de Parkinson, parte III (diferencia de medias = -3.20, intervalo de confianza del 95% = -5.18 a -1.23) y una tendencia hacia un rendimiento más rápido de Timed Up and Go (diferencia de medias = -0.47, intervalo de confianza del 95% = -0.99 a 0.06) y prueba

de caminata de 10 metros (diferencia de medias = -0.53, intervalo de confianza del 95% = -1.07 a 0.01). En comparación con el formato más corto LSVT-BIG o el ejercicio general, el LSVT-BIG fue más efectivo para mejorar la función motora. Esto proporciona evidencia preliminar de calidad moderada de que el entrenamiento orientado a la amplitud es efectivo para reducir las deficiencias motoras en personas con enfermedad de Parkinson leve (9).

Millage, et al., (2017) en su exploración tuvieron como plan "*Explorar el efecto de Lee Silverman Voice Big sobre la velocidad de la marcha, el equilibrio, la calificación de los síntomas motores y la calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson en etapa I*". Se realizó un estudio experimental de alcance explicativo. Los participantes asistieron a un total de 16 sesiones de capacitación individual con un terapeuta certificado en el enfoque LSVT BIG y completaron la intervención según el protocolo. Las sesiones fueron de una hora cada una, cuatro veces por semana durante cuatro semanas, En cada sesión se utilizó una escala BIGness Effort (rango de 0 a 10) de Lee Silverman Voice Big, basada en una calificación de Borg modificada del esfuerzo percibido, estas actividades fueron diseñadas para ayudar al participante a generalizar las actividades aprendidas en las sesiones de fisioterapia y aplicarlas en la vida diaria. Los participantes recibieron una carpeta, la "Guía de supervivencia Lee Silverman Voice Big" que incluía materiales de Lee Silverman Voice Big Global para una introducción a los principios de Lee Silverman Voice Big, la escala BIGness Effort, un registro del programa de ejercicios en el hogar, y copias de los ejercicios del protocolo (formato de imagen y texto para cada ejercicio). Los investigadores también compilaron

materiales informativos para el participante y su familia sobre la enfermedad de Parkinson y los grupos de apoyo locales para la enfermedad de Parkinson, que se entregaron a cada participante. Los participantes tuvieron éxito con Lee Silverman Voice Big sí lograron una diferencia mínima clínicamente importante en la mejora funcional en al menos una de las cuatro medidas de resultado primarias: Velocidad de la marcha, Evaluación del equilibrio de Berg (10).

Nacionales

Cóndor, et al., (2019) en su indagación tuvieron como finalidad “*Determinar las principales características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad de Parkinson en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de EsSalud-Huancayo*”. Fue un estudio observacional y descriptivo de tipo retrospectivo. Se analizaron a 84 pacientes entre los años 2015 y 2017, fueron asistidos en el área de consulta externa y en hospitalización de Neurología y Medicina interna, de donde sacaron datos de sus historias clínicas, utilizando de esta forma el muestreo no probabilístico de tipo censal, que es según el criterio del investigador. La edad aproximada fue de 72 años, donde predominó el género masculino con 58,3%, con grado universitario solo el 50% y 77,4% de la procedencia de Huancayo. La hipertensión arterial descompensada fue el motivo de hospitalización en un 19,1%, el tiempo de enfermedad tuvo un intervalo de 1-7 años en un 57,1%. En los síntomas de modificaciones del sueño tuvieron un 38,1% (11).

Barrientos y Yangali. (2017) en su búsqueda tuvieron como destino “*Verificar la efectividad de las intervenciones mediante ejercicio físico basadas en el hogar en personas entre 50 a 75 años de edad con Alzheimer, Desorden Cerebrovascular y Parkinson.* Se desarrolló un registro sistemático en las bases de datos de Pubmed, EBSCOhost, SciELO. Se evaluó según la Escala de Pedro, incluyendo 10 controles clínicos que tengan enfermedad de parkinson y Alzheimer; los ejercicios fueron realizados en el hogar de cada persona estudiada, dada por un equipo multidisciplinario. Se concluyo que el ejercicio físico estimula a nivel cerebral las células cuando existen estos desordenes por patologías progresivas, es por ello que podemos afirmar que existe una efectividad en este grupo comunitario tanto físico como cognitivo. Se logro mejorar el modo de vida de cada paciente de una manera positiva, porque los movimientos lo realizaron con mucha más seguridad y con menor rigidez (12).

Ibarra. (2019) en su sondeo tuvieron como intención “*Determinar las principales características de la Enfermedad de Parkinson en pacientes del Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017*”. El proceso fue observacional y descriptivo-retrospectivo, donde se analizo a 125 pacientes, se tuvo como resultado que en un 60% era de la edad 73 años y en su mayoría varones con familia y grados de estudios superiores. Después el 59% tenía la enfermedad desde hace 7 años y presentaban en un 24% los síntomas como rigidez y temblor; también fue significativo los síntomas de dolor depresión y alteración del sueño en un 40%. Por lo tanto la frecuencia se presentó más en varones con antecedentes de familiares (13).

Rodriguez, et al., (2017) en su rebusca tuvieron como intención “*Determinar la influencia de las características clínicas de los pacientes con enfermedad de Parkinson en su desempeño en la marcha en tándem*”. Fue observacional y analítico de corte transversal, participaron 63 pacientes con el diagnóstico en mención durante los meses de enero a marzo de 2015. A través del conteo logístico variado se consiguió que el 19% fallaron la prueba de tándem, los pacientes que tuvieron como principal característica la bradicinesia. Entonces existe la probabilidad que a mayor avance de edad será más seguro que falle la prueba de tándem. (14).

Fiestas D. (2019) en su trabajo tuvieron como asunto “*Determinar la prevalencia y características sociodemográficas del adulto mayor de 60 – 70 años con la enfermedad de Parkinson en el Hospital nivel III Cayetano Heredia Essalud. Piura*”. Se estudio a 220 personas con enfermedad de parkinson realizadas en el Hospital Cayetano de forma descriptiva y cuantitativa; eligiendo el grupo de estudios de 60 pacientes. Por lo tanto, podemos decir que los varones tuvieron la mayor prevalencia de la enfermedad de parkinson. (15).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Programa de intervención

2.2.1.1. Definición

Es un método de rehabilitación comprobado en el tratamiento para los trastornos del habla y movimientos asociados con la enfermedad de parkinson y otras afecciones

neurológicas. Se enfoca en aumentar el volumen de la voz con movimientos exagerados de todo el cuerpo para las actividades de la vida diaria (16).

Las personas que viven con enfermedad de parkinson u otras afecciones neurológicas a menudo se mueven de manera diferente, con gestos y acciones que se vuelven más pequeños y más lentos. Pueden tener problemas para moverse, vestirse y realizar otras actividades de la vida diaria. Lee Silverman Voice Big entrena eficazmente los movimientos mejorados para cualquier actividad, ya sean tareas de “motricidad pequeña” como abrocharse una camisa o tareas de “motricidad grande” como levantarse del sofá o silla o mantener el equilibrio mientras camina. El tratamiento mejora la marcha, el autocuidado y otras tareas al ayudar a las personas a "recalibrar" la forma en que perciben sus movimientos con lo que los demás realmente ven. También les enseña cómo y cuándo aplicar un esfuerzo adicional para producir movimientos más grandes, más como los movimientos de todos los que los rodean (16).

2.2.1.2. Historia

La Dra. Lorraine Ramig comenzó la investigación de rehabilitación de la enfermedad de Parkinson en 1983 mientras se desempeñaba como profesora asistente en temas de tenencia en el Departamento de Ciencias del Habla, Lenguaje y Audición de la Universidad de Colorado-Boulder . La Dra. Ramig fue abordado por su colega, el Dr. Wilbur Gould, quien solicitó su ayuda para tratar a una amiga, la Sra. Lee Silverman. El tratamiento de la voz consistió en cuatro semanas de terapia rigurosa, que implican cuatro sesiones de una hora por semana, con el objetivo de aumentar las

capacidades de voz y habla del paciente (17). El Dr. Ramig fundó oficialmente el programa de tratamiento de voz Lee Silverman Voice Treatment Global en 1985 en honor al primer paciente que murió antes de que la investigación fuera publicada oficialmente y reconocida como un descubrimiento médico. Un derivado de este tratamiento, se empezó a estudiar desde el 2002, conocido como Lee Silverman Voice Big, las investigaciones y los protocolos de Lee Silverman Voice Treatment Big se han estudiado científicamente durante los últimos 25 años es, utilizado por patólogos del habla y lenguaje, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales para promover movimientos de gran amplitud en personas con enfermedad de Parkinson . Los movimientos rápidos y explosivos característicos de este método (18).

La investigación sobre Lee Silverman Voice Treatment Big es más nueva y menos extensa que la de Lee Silverman Voice Treatment Loud, pero los resultados publicados de un ensayo controlado aleatorio (Ebersbach et al., 2010) documentan que LSVT BIG dio como resultado mejoras en la Escala de calificación de la enfermedad de Parkinson unificada, la escala estándar de oro que utilizan los médicos para medir la evolución de la enfermedad de parkinson, así como otras pruebas de funcionamiento motor en personas con enfermedad de parkinson. Por el contrario, otros tratamientos examinados en el estudio (marcha nórdica y ejercicios en el hogar) no lo hicieron (17).

2.2.1.3. Beneficios del Tratamiento

- Ayuda a evitar la inactividad.
- Aumenta la capacidad de realizar actividades diarias.

- Caminar más rápido con pasos más grandes.
- Mejor equilibrio
- Mayor rotación del tronco
- Mejor calidad de vida (18).

2.2.2. Rendimiento físico

Cuando una persona realiza una actividad física, su organismo producirá mucha energía que activaran todo el sistema muscular y esquelético, dependerá mucho del estilo de vida de la persona, y esto ira desarrollando a lo largo de sus entrenamientos rutinarios. El rendimiento físico se refiere a la compensación o grado de beneficio que una persona aporta a su actividad. Se vincula, o asocia, con el estado físico de la persona y hace referencia a la optimización de los recursos corporales y técnicos (19).

Se puede mejorar el rendimiento físico a través de:

1. Una buena nutrición es indispensable para un buen rendimiento.
2. La importancia de una buena hidratación.
3. Adaptar horario de comidas a horario de ejercicios.
4. La disciplina te lleva a tus metas.
5. Piensa en positivo y confía en que alcanzarás tu meta.
6. Sintoniza con tu cuerpo para prevenir lesiones (no ignorar molestias) (19).

También es la capacidad para realizar actividades físicas, que sirven para mejorar el estado funcional de la persona, siendo indispensable tener una capacidad adecuada

de rendimiento físico en el adulto mayor, ya que de esta forma se pronostica el nivel de discapacidad que tiene la persona adulta mayor. A lo largo de las diferentes investigaciones científicas se ha comprobado que la falta de rendimiento físico en un adulto mayor producirá fragilidad y debilidad que esta netamente conectado con sus funciones cognitivas que irán disminuyendo, es por ello que empezara a generarse mayores problemas de salud como la diabetes y la hipertensión arterial (19).

El envejecimiento celular ocasiona seriamente una pérdida de las capacidades físicas, principalmente como el deterioro funcional, es por ello que aumenta el riesgo de una pérdida de fuerza en las piernas, mayor a la que se produce en la fuerza de los brazos, relacionados al sedentarismo como consecuencia de un trabajo muy inactivo a nivel funcional, causando perdida de masa muscular y discapacidad funcional para poder realizar diferentes actividades (20).

Si el rendimiento físico disminuye según los años, afectara la salud de forma integral, como movimientos lentos que conllevara a un desequilibrio y descoordinación de patrones de movimiento; si el adulto mayor no está integrando al actividad física como parte de su entrenamiento de rendimiento causara una mayor dependencia hacia la familia, que tendrá un impacto negativo en el entorno personal, familiar y económico, haciendo sentir a estas personas incapaces de cuidarse y llevándolos a un estado depresivo (21-22).

2.2.3. Enfermedad de parkinson

2.2.3.1. Definición

esta enfermedad es considerada progresiva e incurable, afecta principalmente a sistema nervioso central, ya que no hay un regulable proceso del neurotransmisor de la Dopamina a nivel celular; entonces si no existe este inhibidor los sistemas del cuerpo empiezan a deteriorarse y pierden la velocidad y ritmo del mensaje entre cerebro y cuerpo gradualmente, causando rigidez articular, lentitud en los movimientos y mayor descontrol del cuerpo en el espacio. El déficit de dopamina ocasiona los desbalances orgánicos de la persona (23).

2.2.3.2. Síntomas

Los principales característicos de esta enfermedad son los temblores en reposo en manos y cabeza; lentitud en los movimientos progresivo, rigidez articular que ocasiona altos niveles de dolor; la postura se debilita y se coloca en una función flexiva con perdida de movimientos automáticos; a nivel del lenguaje expresivo existe un déficit en entonación y articulación de palabras así como también al escribir o leer (24).

2.2.3.3. Causas

Principalmente es de causa genética, factores ambientales, por la presencia células de lewy. Principalmente lo asocian los investigadores científicos como ausencia de ejercicio mental, que ocasiona que las células sean menos veloces y ocasionen una disminución en la sinapsis neuronal, ya que no hay una neuroplasticidad que se complica en este estado del adulto mayor (25).

2.2.3.4. Complicaciones

Entre las más importante clínicamente están: la dificultad que tienen para pensar, problemas cognitivos, la depresión y cambios repentinos de estados de ánimo, por la disminución de los movimientos se afecta la función de masticar alimentos más

duros como la carne por la atrofia de los músculos de la masticación que ocasiona una desnutrición, tienen dificultad para conciliar el sueño despertándose más de 2 veces durante la noche, algo muy importante y que los deprime más es problemas con la vejiga porque empiezan a usar pañal durante las 24 horas, así también como estreñimiento se les hace complicado defecar, existe los cambios de la presión arterial siempre están como aturcidos y desenfocados, tienes problemas sensoriales como la ausencia del olfato, como el cansancio ya que se ven afectados los músculos respiratorios también, y principalmente dolor sobre todo en las articulaciones y tejido blandos (24).

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H1: El efecto del programa de intervención es efectiva en el rendimiento físico en pacientes con la enfermedad de parkinson.

H0: El efecto del programa de intervención no es efectiva en el rendimiento físico en pacientes con la enfermedad de parkinson.

2.3.2. Hipótesis específicas

H1: El efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según género fue significativo en pacientes con enfermedad de parkinson.

H0: El efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según género no fue significativo en pacientes con enfermedad de parkinson.

H2: El efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según el lado de afectación fue significativo en pacientes con enfermedad de parkinson.

H0: El efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según el lado de afectación no fue significativo en pacientes con enfermedad de parkinson.

H3: El efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según estadio de la enfermedad fue significativo en pacientes con enfermedad de parkinson.

H0: El efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según estadios de la enfermedad no fue significativo en pacientes con enfermedad de parkinson.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se manejará el método hipotético - deductivo, que, según Hernández, et al., (2014), es de amplia aplicación en las ciencias fácticas, que consiste en un proceso que intenta dar respuestas a los diferentes problemas que propone la ciencia a través de hipótesis que se consideran como verdaderas sin existir aun una certeza total. Ya que, son suposiciones que se anteceden a los problemas que se relacionan posteriormente con la realidad (27).

3.2. Enfoque de la investigación

Se aplicará el cuantitativo. Para Hernández (2014), en la investigación cuantitativa los estudios que utilizan este enfoque confían en la medición numérica, el conteo, y en uso de estadística para establecer indicadores exactos, es importante para una investigación porque a partir de los datos observados y evaluados nos dirán la significancia de un cambio o no sobre un problema y sus posibles soluciones para el bien social. (27).

3.3. Tipo de la investigación

Investigación aplicada. Para Tamayo y Tamaño (2002), también conocida como activa o dinámica, perteneciendo así a la ciencia pura llenos de descubrimientos y aportes importantes teóricos, acerca de un problema específico; y que se busca publicar los posibles resultados (28).

Alcance: Explicativo. Para Hernández (2014), este alcance va más allá de la descripción de conceptos, manifestaciones o del establecimiento de conexiones entre diferentes teorías para resolver los diferentes sucesos en una sociedad y de qué forma estas están relacionadas entre sí; llevándose una estructura más explícita que proporciona una referencia comprensiva (27).

3.4. Diseño de la investigación

Experimentales: Cuasiexperimental

Hernández (2014), es un proceso de investigación que se encarga de manejar elementos de un desarrollo experimental con el propósito de conocer la relación entre dos variantes y que después podrán comprobar (27)

3.5. Población, muestra y muestreo

Población, muestra y muestreo

La población estará conformada por 80 pacientes con enfermedad de parkinson que asisten al programa de terapia física y rehabilitación del Centro particular, asimismo se

conformó una población de tipo finita, debido a que se tuvo el conocimiento de la cantidad exacta de pacientes con parkinson.

En el estudio se considerará un muestreo por conveniencia de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. La cual estará conformada por el 100% de los pacientes que cumplan con los criterios establecidos.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Adulto mayor diagnosticado con enfermedad de parkinson
- Pacientes que firmaron el consentimiento de participación

Exclusión:

- Pacientes que no quisieron participar en la investigación
- Pacientes con deterioro cognitivo

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Efecto del programa de intervención

Definición Operacional: Es un tratamiento que aborda la marcha, equilibrio y coordinación, importante para realizar actividades de la vida diaria; utiliza la preparación, volumen de la voz y amplitud de movimiento.

Matriz operacional de la variable 1:

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Item</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
------------------	--------------------	-------------	---------------------------	---

Sin dimensión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparación 2. Volumen de voz 3. Amplitud de movimiento 			
---------------	--	--	--	--

Variable 2: Rendimiento físico

Definición Operacional: Conjunto de acciones para medir la capacidad de rendimiento físico, en un recorrido de 3 metros que será cronometrado por segundos, se contabiliza los segundos que le toma al paciente pararse desde sentado es una silla, caminar, llegar a la meta, retornar y volver a sentarse. Según el tiempo tomado el valor final de riesgo en caída será de bajo, frágil y elevado.

Matriz operacional de la variable 2:

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Item</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
------------------	--------------------	-------------	---------------------------	---------------------------------------

<p>movilidad funcional</p> <p>(V. dependiente)</p>	<p>1. Pararse</p> <p>2. caminar</p> <p>3. retornar</p> <p>4. Sentarse</p>	<p>1. se le indica que se pare</p> <p>2.se le indica que camine</p> <p>3.se le indica que retornr</p> <p>4.se le indica que se siente</p>	<p>Nominal</p>	<p>- Menos de 10 segundos: bajo riesgo de caída.</p> <p>-Entre 10 y 20 segundos: indica fragilidad (riesgo de caída).</p> <p>-Más de 20 segundos: Elevado riesgo de caída</p>
--	---	---	----------------	---

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

En esta investigación se utilizará la encuesta de tipo personal como técnica de recolección de datos. La encuesta es una investigación realizada sobre una muestra de personas que representan a un grupo más extenso, en este procedimiento utiliza una serie de preguntas para obtener un resultado cuantitativo de un grupo con diferentes caracteres objetivas y subjetivas de la población. Por lo tanto, el proceso es básicamente un conjunto de preguntas que serán validados por la persona a encuestar (21).

3.7.2. Descripción de instrumentos.

Utilizaremos un solo instrumento para nuestra variable dependiente, ya que existe un pretest y postest. Este instrumento es el Test de riesgo de caída, que se utiliza en personas adulto mayor, para evaluar y medir la probabilidad que tiene de sufrir una caída a falta de equilibrio, coordinación y fuerza. Solo tiene una dimensión y 5 indicadores (30).

La ficha técnica del instrumento 2. “Timed Up and Go” (V. dependiente) (30).

Nombre:	Timed Up and Go
Autor:	Andres Garcia Sorroche
Objetivo:	Medir el riesgo de caída
Población:	Adulto mayor de 60 años a más
Tiempo:	5 minutos
Momento:	Antes de empezar con el programa de intervención
Lugar:	Hospital de la ciudad de Salvador, Bahía, Brasil
Validez:	Juicio de expertos
Fiabilidad:	Método de Bland-Altman
Tiempo de llenado:	3 minutos
Número de ítems:	5 ítems
Dimensiones:	1 dimensión

Baremos (niveles, grados) de la variable: 3 niveles: bajo, frágil, elevado

3.7.3. Validación del instrumento “Timed Up and Go”

La presente investigación utilizará los instrumentos: “Timed Up and Go” (30) (Andres Garcia Sorroche).

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

a) Validación contenido: la revisión bibliográfica se realizará por 5 personas con postgrado en magister metodólogos y especialistas temáticos. El consenso grupal fue ejecutado en Univerisdad Norbert Wiener. Y el juicio de expertos lo llevó a cabo de forma virtual. (Ver anexo).

JAMES ROJAS COTRINA	DOCTOR
SARAI ALIAGA AMARO	MAGISTER
JUANA GARCIA CARDENAS	MAGISTER
LILY PALACIOS NOVELA	MAGISTER
JENNY ASTETE HUAYNATE	MAGISTER

b) Validación de constructo: realizó análisis factorial exploratorio y/o confirmatorio resultando 1 dimensión. El nombre de la dimensión es: Movilidad funcional (pararse, caminar, retornar, sentarse, ítem).

c) Además realizó los siguientes procesos de validación: congruencia, relevancia y claridad

d) el cálculo de la confiabilidad fue de 90 %

El baremo (categorización) se calculará por medio de estandines, . Los niveles o grados fueron: 3, menor riesgo, fragilidad, alto riesgo. Para el recojo de datos se abordará al paciente antes de iniciar con el programa de intervención, en la presencia de sus familiares como testigo presente de la transparencia.

3.7.4. Confiabilidad

Para asegurar la representatividad de los instrumentos en el presente grupo poblacional se calculará: Test-Retest.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de información se dará por un proceso y codificación en el programa Microsoft Excel 2017, posterior se utilizará el programa estadístico SPSS versión 23, donde se realizará el análisis descriptivo empleando tablas de contingencia y el análisis inferencial donde se utilizará T – Students para determinar la diferencia significativa en el pre test y pos test.

3.9. Aspectos éticos

La presente investigación se ajustará a las normas de la Universidad Norbert Wiener, así como a las disposiciones vigentes en bioseguridad. Se reservará la identificación de la persona a estudiar, así como se cuidará los datos personales según la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”). A todos los que participen en esta investigación se le brindará un consentimiento informado del estudio, en donde irá con las indicaciones a detalle, así como el procedimiento y objetivo del estudio. Así mismo el trabajo de investigación pasará por la Comisión de Ética de la Universidad.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Enero 2020	Febrer o 2020	Marzo 2021	Abril 2021	Mayo 2021	Junio 2021	Julio 2021	Agosto 2021	Setiem 2021	Octubr e 2021	Novie mbre 2021	Diciem bre 2021
	Elaboración del diseño del proyecto de investigación	x	x									
Validación de los instrumentos de recolección de datos			x	x								
Solicitudes para la recolección de datos				x								
Ejecución de la prueba piloto					x							
Recolección de los datos						x						
Análisis de la información						x						
Redacción de los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones							x					
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

Recursos Humanos

1. Investigador.
2. Asesor designado por la universidad.
3. Asesor estadístico.
4. Asesor temático.

Bienes

1. Papel.
2. Lapiceros.
3. Sobres manila.
4. Cono
5. Silla

Servicios

1. Pasaje
2. Llamadas telefónicas

Recursos humanos	Monto (soles)
1. Investigador.	100
3. Asesor estadístico.	150
4. Asesor temático.	200
<i>Sub total</i>	450
Bienes	
Lapiceros	2
Impresiones con hojas bond A4	50
Sobre manila A4	1
Cono	5
Silla	25
<i>Sub total</i>	83
Servicios	
Llamadas	80
Pasajes	300
<i>Sub total</i>	380
<i>TOTAL</i>	913

REFERENCIAS

1. Sánchez JL, Buriticá O, Pineda D, Uribe CS, Palacio LG. Prevalence of Parkinson's disease and Parkinsonism in a Colombian population using the capture-recapture method. *Int J Neurosci*. 2004;114(2):175-82. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v35s1/0120-8748-anco-35-s1-2.pdf>

2. American Parkinson Disease Association, Understanding the Basic of parkinson's Disease [Internet]. New York, Estados Unidos: American Parkinson Disease Association, What is Parkinson's Disease? [Actualizado 2017; citado el 1 Feb. de 2017]. Disponible en:

<https://www.apdaparkinson.org/what-is-parkinsons/>.

3. Diario Médico, Parkinson avanzados es controlable en el Perú [Internet]. Lima, Perú: Diario Médico, Estimulación cerebral profunda Parkinson [Actualizado 2014 Jun; citado el 1 Feb. de 2017]. Disponible en:

<http://www.diariomedico.pe/?p=6810>.

4. Bayés Rusiñol, Ángels. Rehabilitación integral en la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos manual de ejercicios prácticos; Ars Medica, 2003 Barcelona, pág. 11-54.

<https://www.efisioterapia.net/articulos/tratamiento-fisioterapico-pacientes-parkinson>

5. Vida activa en parkinson. Ideas y soluciones para una vida plena, Número 3. Elsevier Doyma, S.L.; 2007

<http://terapiaparkinson.com/tres-actividades-balancear-mantener-una-vida-activa-cuando-se-presenta-una-condicion-parkinson/>

6. Schaible F, Maier F, Buchwitz TM, Schwartz F, Hooek M, Schönau E, Libuda M, Hordt A, van Eimeren T, Timmermann L, Eggers C. Effects of Lee Silverman Voice Treatment BIG and conventional physiotherapy on non-motor and motor symptoms in Parkinson's disease: a randomized controlled study comparing three exercise models. Ther Adv Neurol Disord. 2021 Feb.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33680093/>

7. Flood MW, O'Callaghan BPF, Diamond P, Liegey J, Hughes G, Lowery MM. Quantitative clinical assessment of motor function during and following LSVT-BIG® therapy. J Neuroeng Rehabil. 2020 Jul 13.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32660495/>

8. Isaacson S, Obrien A, Lazaro J, Ray A, Fluet G. El estudio JFK BIG: el impacto de LSVT BIG ® en la marcha y la movilidad de doble tarea en personas con enfermedad de Parkinson. Departamento de Rehabilitación y Ciencias del Movimiento, Rutgers Universidad Estatal de Nueva Jersey: 65 Bergen Street, Newark, NJ, 07101, EE. UU. 2018.

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/30/4/30_jpts-2017-586/_article/-char/ja/

9. McDonnell MN, Rischbieth B, Schammer TT, Seaforth C, Shaw AJ, Phillips AC. Lee Silverman Voice Treatment (LSVT)-BIG to improve motor function in people with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil. 2018 May.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28980476>

10. Millage B, Vesey E, Finkelstein M, Anheluk M. Efecto sobre la velocidad de la marcha, el equilibrio, la clasificación de los síntomas motores y la calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson en etapa I que utilizan LSVT BIG. Centro de Investigación Courage Kenny, Allina Health, Minneapolis, MN, EE. UU. 2017.

<https://www.hindawi.com/journals/rep/2017/9871070/>

11. Condor I , Atencio J , Contreras C . Características clínico epidemiológicas de la enfermedad de parkinson en un hospital nacional de la sierra peruana. Rev. Fac. Med. Hum. vol.19 no.4 Lima oct./dic. 2019

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400004

12. Barrientos B , Yangali T . Efectividad de las Intervenciones mediante ejercicio físico basadas en el hogar en personas de 50 A 75 Años de edad con Alzheimer, Desorden Cerebrovascular Y Parkinson. Universidad Norbert Wiener. 2017.

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/404>

13. Ibarra P , Edmundo A. Características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad de parkinson Hospital Essalud Huancayo 2016 al 2017. Universidad Peruana los Andes. 2019.

<http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/1010>

14. Vol. 22 Núm. 2 (2017): CIENCIA E INVESTIGACIÓN MÉDICO ESTUDIANTIL LATINOAMERICANA (CIMEL)

<https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/766>

15. Fiestas D. Prevalencia y características sociodemográficas del adulto mayor de 60 - 70 años con la enfermedad de Parkinson en el Hospital Nivel III José Cayetano Heredia EsSalud. Piura. Universidad Cesar Vallejo. 2017.

16. Jankovic, J. Enfermedad de Parkinson: características clínicas y diagnóstico . J Neurol Neurosurg Psychiatry 2008 ; 79: 368 - 376

<https://jnnp.bmj.com/content/79/4/368.short>

17. C. Fox, G. Ebersbach, L. Ramig y S. Sapir, "LSVT LOUD y LSVT BIG: programas de tratamiento conductual para el habla y el movimiento corporal en la enfermedad de Parkinson", *Enfermedad de Parkinson* , vol. 2012, no. 391946, págs. 1 a 12, 2012.
<https://www.hindawi.com/journals/pd/2012/391946/>
18. Fox, C, Ebersbach, G, Ramig, L. LSVT LOUD y LSVT BIG: programas de tratamiento conductual para el habla y el movimiento corporal en la enfermedad de Parkinson . *Parkinsons Dis* 2012 ; 2012: 391946
<https://www.hindawi.com/journals/pd/2012/391946/>
19. Cabezas, M. M., Álvarez, J. C., Guallichico, P. A., Chávez , P., & Romero, E. (2017). Entrenamiento funcional y recreación en el adulto mayor: influencia en las capacidades y habilidades físicas. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*.
<http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/22>
20. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas 2007*. OPS, (2007)
21. J.M. Guralnik, L. Ferrucci, E.M. Simonsick, M.E. Salive, R.B. Wallace.
Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med.*, 332 (1995), pp. 556-561.
<http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199503023320902>

22. P.A. Galvan, F.J. Sansó, A.M. Díaz-Canel, M. Carrasco, T. Oliva. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública., 14 (2007), pp. 1-17.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010
23. Marsden CD. Parkinson's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1994; 57:672- 681.
24. Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lees AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinico-pathological study of 100 cases. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1992; 55:181-184
25. Lee A, Gilbert RM. Epidemiology of Parkinson disease. Neurol Clin. 2016 Nov;34(4):955-65. Doi: 10.1016/j.ncl.2016.06.012.
26. Ascherio A, Lewitt PA, Xu K, Everly S, Watts A, Matson WR, Marras C, Kieburtz K, Rudolph A. Investigators. Urate as a predictor of the rate of clinical decline in Parkinson disease. Arch Neurol. 2009.
27. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Sexta EDICION. 2014.
28. Tamayo y Tamayo M. El proceso de la Investigación Científica. CUARTA EDICION. 2002

29. Ramirez A. Metodologia de la Investigacion. SEGUNDA EDICION.1997.
30. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed “Up & Go”: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. Journal of the American Geriatrics Society.

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General</p> <p>¿Qué efecto tiene el programa de intervención en el rendimiento físico de pacientes con enfermedad de parkinson en un centro particular, 2021?</p> <p>Problemas Específico</p> <p>1. ¿Qué efecto tiene el programa de intervención en el rendimiento físico con enfermedad de parkinson según género en un centro particular, 2021?</p> <p>2. ¿Qué efecto tiene el programa de intervención en el rendimiento físico con enfermedad de parkinson según el lado de afectación en un centro particular, 2021?</p> <p>3. ¿Qué efecto tiene el programa de intervención en el rendimiento físico con enfermedad de parkinson según estadios de la</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar el efecto del programa de intervención en el rendimiento físico de pacientes con enfermedad de parkinson</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar el efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según género de pacientes con enfermedad de parkinson. Determinar el efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según el lado de afectación de pacientes con enfermedad de parkinson. Determinar el efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según estadios de la enfermedad de pacientes con enfermedad de 	<p>Hipótesis General</p> <ul style="list-style-type: none"> H1: El efecto del programa de intervención si mejora el rendimiento físico en pacientes con la enfermedad de parkinson. <p>Hipótesis Específica</p> <ul style="list-style-type: none"> H1: El efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según género fue significativo en pacientes con enfermedad de parkinson H2: El efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según el lado de afectación fue significativo en pacientes con enfermedad de parkinson. H3: El efecto del programa de intervención en el rendimiento físico según estadios de la 	<p>Variable 1</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Variable 2</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desplazamiento 	<p>Tipo de Investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> Aplicada <p>Método y diseño de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipotético-Deductivo Experimental-Cuasi Experimental <p>Población Muestra</p> <ul style="list-style-type: none"> -La población será 80 pacientes - La muestra es censal, la totalidad de la población.

<p>enfermedad en un centro particular, 2021?</p>	<p>parkinson.</p>	<p>enfermedad significativo pacientes enfermedad parkinson.</p>	<p>fue en con de</p>	
--	-------------------	---	----------------------	--

ANEXO 2. INSTRUMENTOS

EFFECTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCION EN EL RENDIMIENTO FISICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN CENTRO PARTICULAR, 2021

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INDICACIONES: Con ayuda de un familiar de confianza, en caso se le dificulte por alguna razón rellenar solo la ficha, el paciente tendrá que marcar con una "X" la respuesta correcta; como también escribir lo que se le solicita.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL PACIENTE:

EDAD: _____

GENERO:

FEMENINO

MASCULINO

PROCEDENCIA:

Urbano

Rural

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL PACIENTE:

¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron la enfermedad del parkinson?

¿Qué lado de su cuerpo siente que le dificulta al movimiento?

Derecha

Izquierda

¿Alguna vez se ha caído?

SI

NO

¿Realiza alguna actividad mental? ¿Cual?

SI

NO

Leer

Pupiletras

Otros: especificar _____

INSTRUMENTO TIMED-UP AND GO

ACTIVIDAD	TIEMPO	NIVEL
Se levanta de una silla	10 seg.	Bajo riesgo de caída
Camina 3 metros		
Invierte la marcha	11 a 20 seg.	Fragilidad
Camina de regreso		
Se sienta en la silla	Mayor a 20 seg.	Alto riesgo de caída
TIEMPO TOTAL DEL RECORRIDO		

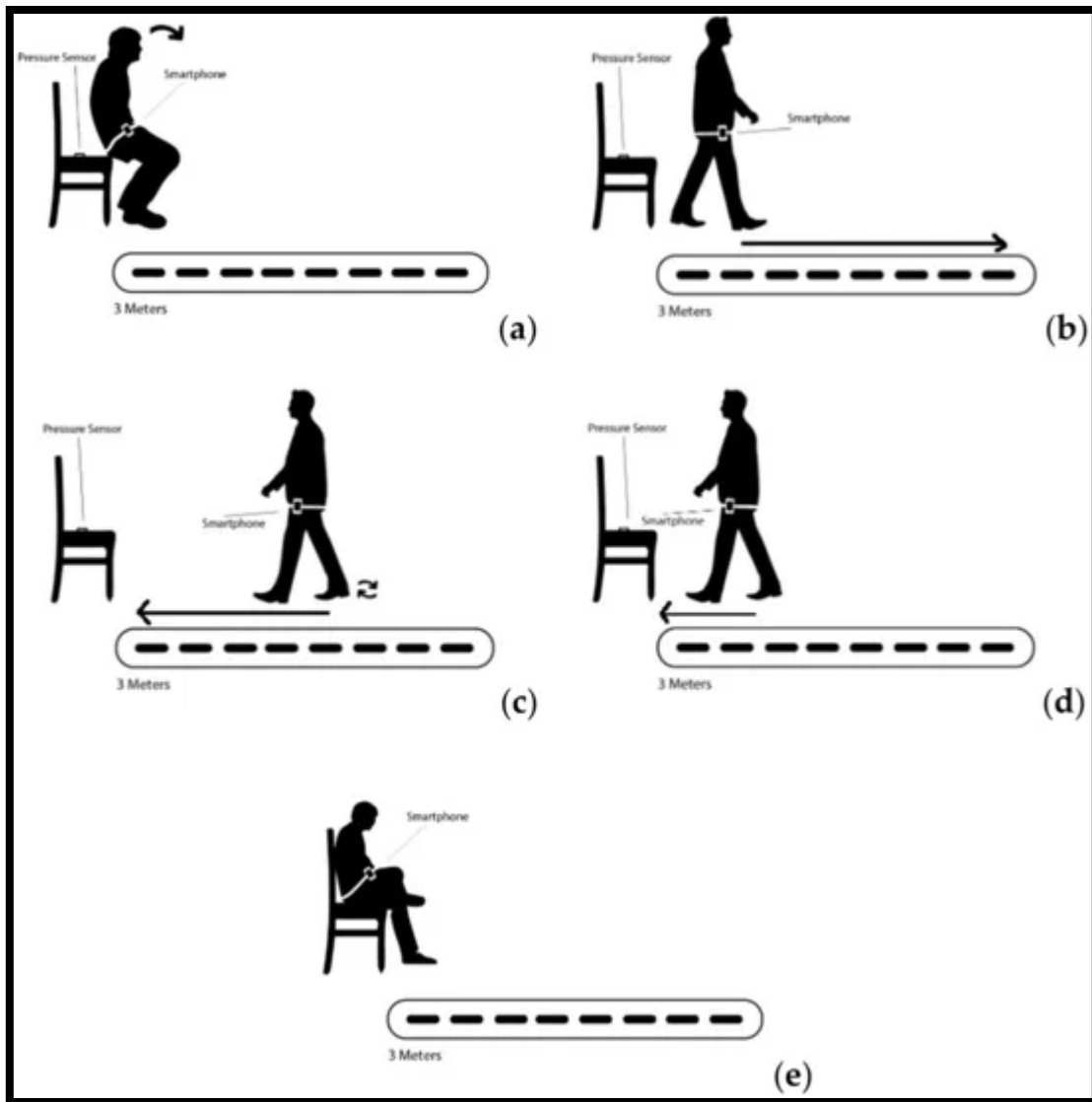


Figura 1. Fases de ejecución de la prueba Timed-Up and Go. (a) la persona se sienta en una silla; (b) el individuo camina 3 metros; (c) el individuo invierte la marcha; (d) el individuo camina de regreso; (e) la persona se sienta hacia atrás en la silla

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 Neurorehabilitación”. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómesese 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: “Efecto del programa de intervención en el rendimiento físico en pacientes con la enfermedad de parkinson”

Nombre del investigador principal: Stefanny Jaime Ruiz

Propósito del estudio: evaluar cuál es el efecto del programa de intervención en el rendimiento físico en pacientes con la enfermedad de parkinson

Participantes: 80 pacientes con enfermedad de parkinson

Participación voluntaria: 80 pacientes con enfermedad de parkinson

Beneficios por participar: los pacientes recibirán un tratamiento actualizado en su domicilio que les ayudara a mejorar la funcionalidad motriz y cognitivo.

Inconvenientes y riesgos: E n esta circunstancia la pandemia del Covid-19

Costo por participar: ninguno

Remuneración por participar: ninguno

Confidencialidad: Se asegura la confidencialidad de los datos recogidos.

Renuncia: Puede renunciar a la participación en cualquier momento.

Consultas posteriores: Al correo: miluskafisio@gmail.com y teléfono 964625546

Contacto con el Comité de Ética: comite.etica@uwiener.edu.pe

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:

Firma

ANEXO 5. PROGRAMA DE INTERVENCION

PROGRAMA DE INTERVENCION	
INTENSIDAD	VARIABLE
DOSIS	4 DIAS DE LA SEMANA DURANTE 4 SEMANAS (16 SESIONES EN 1 MES)
REPETICIONES	15 POR TAREA
ESFUERZO	Presionar al máximo para obtener el máximo esfuerzo percibido por el paciente cada día (8 o 9 en una escala del 1 al 10 el máximo)
ATENCION	Enfoque simple: FUERTE Amplitud de movimiento aumentada dirigida predominantemente a vías respiratorias
TAREAS DIARIAS	<p>TAREAS DIARIAS</p> <p>Primera mitad de la sesión de tratamiento (25 min)</p> <p>Tarea 1: movimientos máximos sostenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 repeticiones: mantén "ah" en voz alta y de buena calidad el mayor tiempo posible, realizando movimiento amplios a la vez. <p>Tarea 2: movimientos direccionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 repeticiones cada una: diga "ah" en voz alta y de buena calidad con un tono alto, realizando movimiento amplios a la vez. • 15 repeticiones cada una: diga "ah" en voz alta y de buena calidad con un tono bajo, realizando movimiento amplios a la vez. <p>Tarea 3: movimientos funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente identifica a sí mismo diez frases u oraciones que dice a diario en la vida funcional (por ejemplo, "Buenos días"), cinco repeticiones de la lista de diez frases. Leer frases con el mismo esfuerzo / volumen que lo hizo durante el largo "ah", realizando movimiento amplios a la vez.
JERARQUIA	<p>Segunda mitad de la sesión de tratamiento (25 min)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñado para entrenar la amplitud / esfuerzo progresivo del movimiento logrado en los ejercicios CORE de tareas diarias a actividades de habla variables y específicas del contexto • Incorporar múltiples repeticiones con un enfoque en un gran esfuerzo (por ejemplo, una lista de 20 frases / oraciones repetidas diez veces para 200 repeticiones) , realizando movimiento amplios a la vez. • Las tareas aumentan la complejidad a lo largo de las semanas (palabras> frases> oraciones> lectura> conversación) y se pueden adaptar a los objetivos e intereses de cada tema (p. Ej., Golf frente a cocinar). • Las tareas progresan en dificultad al

	<p>aumentar la duración (mantener BIG durante períodos de tiempo más largos), la amplitud (volumen, dentro de los límites normales) y la complejidad de las tareas (procesamiento dual, ruido de fondo y distractores de atención)</p>
CALIBRACION SENSORIAL	<p>Tratamiento: centre la atención en cómo se siente y suena hablar EN VOZ ALTA junto a MOVIMIENTOS AMPLIOS.</p> <p>Actividades de transferencia: inicio el día 1; asignaciones diarias (tratamiento y días sin tratamiento); usar voz fuerte en situaciones de la vida real; dificultad de la la asignación coincide con el nivel de la jerarquía en la que trabaja la persona; responsabilizar al paciente y buscar comentarios del paciente que las personas en su vida diaria ha dicho, como, "Puedo escucharte mejor"</p>
TAREA	<p>Día de inicio 1: asignaciones diarias para practicar en casa (tareas diarias y ejercicios de jerarquía); días de tratamiento (otra vez durante 5 a 10 min); días sin tratamiento (dos veces durante 10 a 15 min); Se proporciona libro de tareas y se hace responsable al paciente.</p>

TIEMPO	EJERCICIOS			
	1 SESION	2 SESION	3 SESION	4 SESION
	1 HORA			
	EJERCICIOS/TAREAS DIARIAS			
1 SEMANA				
2 SEMANA				
3 SEMANA				
4 SEMANA				

ANEXO 6. FORMATO PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS

CARTA DE PRESENTACIÓN

Doctor:
JAMES A. ROJAS COTRINA

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de segunda especialidad de neurorrehabilitación requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de especialista en neurorrehabilitación.


El título nombre de mi proyecto de investigación es: "EFECTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL RENDIMIENTO FÍSICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN CENTRO PARTICULAR, LIMA-2021" y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a Usted, ante su connotada experiencia en temas de: Ciencias de la educación y Gerencia y Planeamiento Educativo.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de Usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,


Lic. Jaime Ruiz Stefanny Miluska
Tecnólogo Médico
Terapia Física y Rehabilitación
C.T.M.P. 13182

D.N.I: 70515198

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable 1:

EFEECTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCION

Es un tratamiento que aborda la marcha, equilibrio y otras actividades de la vida diaria. En donde ayuda mejorar los desajustes. Es un protocolo de tratamiento intensivo, efectivo y personalizado basado en la voz y en la gran amplitud de movimientos, creado para ayudar a las personas con la enfermedad de Parkinson basadas en la evidencia del aprendizaje motor y la neuroplasticidad.

Dimensiones de las variables:

Solo tiene indicadores.

Variable 2:

RENDIMIENTO FÍSICO

Conjunto de acciones para medir la capacidad de rendimiento físico, en un recorrido de 3 metros que será cronometrado por segundos, se contabiliza los segundos que le toma al paciente pararse desde sentado es una silla, caminar, llegar a la meta, retornar y volver a sentarse. Según el tiempo tomado el valor final de riesgo en caída será de bajo, frágil y elevado.

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1:

Movilidad funcional: Capacidad de trasladarse en un recorrido de 3 metros con equilibrio, coordinación y velocidad, que determinara su riesgo bajo, frágil o alto en caídas

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable 2: RENDIMIENTO FISICO

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
Movilidad funcional	<p>25. se le indica que se pare</p> <p>2.se le indica que camine</p> <p>3.se le indica que retorne</p> <p>4.se le indica que se siente</p>	Nominal	<p>- Menos de 10 segundos: Bajo riesgo de caída.</p> <p>-Entre 10 y 20 segundos: Indica fragilidad (riesgo de caída).</p> <p>-Más de 20 segundos: Elevado riesgo de caída</p>

Fuente: Elaboración propia

**EFFECTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL
RENDIMIENTO FÍSICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
DE PARKINSON EN CENTRO PARTICULAR, Lima-2021**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	VARIABLE 2: Rendimiento físico							
	DIMENSIÓN 1: Movilidad funcional	Si	No	Si	No	Si	No	
16	1. se le indica que se pare	X		X		X		
17	2. se le indica que camine	X		X		X		
18	3. se le indica que retorne	X		X		X		
19	4. se le indica que se siente	X		X		X		

Observaciones: SI HAY SUFICIENCIA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO

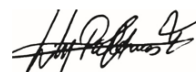
Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

25 de Abril del 2021

Apellidos y nombres del juez validador. Mg LILY PALACIOS NOVELLA

DNI: 08736997

Especialidad del validador: Especialista en fisioterapia en neurorrehabilitación



Firma del experto informante

Observaciones: SI HAY SUFICIENCIA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO

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

25 de Abril del 2021

Apellidos y nombres del juez validador. ROJAS COTRINA, James Andrey

DNI: 04024181

Especialidad del validador: Doctor en educación superior



Dr. James A. Rojas Cotrina
CM. 1004024181
DNI. 04024181

Firma del experto informante

Observaciones: SI HAY SUFICIENCIA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO

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

25 de Abril del 2021

Apellidos y nombres del juez validador. Juana García Cardenas

DNI: 09206623

Especialidad del validador: Fisioterapeuta en Neurodesarrollo



Firma del experto informante

Observaciones: SI HAY SUFICIENCIA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO

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

Apellidos y nombres del juez validador. Sarai ALIAGA AMARO

DNI: 46424191

Especialidad del validador: Fisioterapeuta/ Magister en gestión

25 de Abril del 2021


Lic. Aliaga Amaro Sarai Virginia
Tecnólogo Médico
Terapia Física y Rehabilitación
C.T.M.P. 13602

Firma del experto informante

Observaciones: SI HAY SUFICIENCIA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO


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

Apellidos y nombres del juez validador. Yeny ASTETE HUAYNATE

DNI: 40431254

Especialidad del validador: Fisioterapeuta/ Magister en educación

25 de Abril del 2021


INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR TECNOLÓGICA PÚBLICA
"ALFARO RODRIGUEZ" - HUAYTACA
T.P. Yeny M. ASTETE HUAYNATE
COORDINADORA DE LA ESCUELA TÉCNICA EN FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

Firma del experto informante

Anexo 7. Informe del porcentaje del turnitin

