



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

“ADHERENCIA AL PROCESO DE NEURORREHABILITACIÓN Y LA INDEPENDENCIA
FUNCIONAL EN PACIENTES ADULTOS CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN
HUARAL, 2021 “

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN FISIOTERAPIA EN NEURORREHABILITACIÓN

Presentado por:

AUTOR(A): APOLINARIO JIMÉNEZ, KATHERINE MILAGROS.

ASESOR: Mg. JOSÉ ANTONIO MELGAREJO VALVERDE

LINEA DE INVESTIGACION

Evaluación de servicios y políticas sanitarias

LIMA - PERÚ

2021

ÍNDICE

	Pág.
1. PROBLEMA	5
1.1. Planteamiento del problema.....	5
1.2. Formulación del problema.....	7
1.2.1. Problema general.....	7
1.2.2. Problemas específicos.....	7
1.3. Objetivos de la investigación	8
1.3.1. Objetivo general.....	8
1.3.2. Objetivos específicos.....	8
1.4. Justificación de la investigación	9
1.4.1. Justificación teórica.....	9
1.4.2. Justificación practica.....	10
1.4.3. Justificación metodológica.....	10
1.5. Limitaciones de la investigación	11
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes.....	12
2.2. Bases teóricas.....	17
2.3. Formulación de hipótesis.....	32
2.3.1. Hipótesis general.....	32
2.3.2. Hipótesis específicas.....	32
3. METODOLOGÍA	
3.1. Método de la investigación.....	33
3.2. Enfoque de la investigación.....	34
3.3. Tipo de investigación.....	34
3.4. Diseño de la investigación.....	35

3.5. Población, muestra y muestreo.....	35
3.6. Variables y operacionalización.....	36
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	43
3.7.1. Técnica.....	43
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	43
3.7.3. Validación.....	47
3.7.4. Confiabilidad.....	48
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	49
3.9. Aspectos éticos.....	50
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	
4.1. Cronograma de actividades	52
4.2. Presupuesto	54
.....	
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	56

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

Anexo 3: SMAN v1.0

Anexo 4: Índice de Barthel

Anexo 5: Validación de los instrumentos por Juicio de expertos

Anexo 6: consentimiento informado

Anexo 7: Informe del porcentaje del Turnitin

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Matriz operacional: Adherencia al proceso de Neurorehabilitación.....	37
Tabla N° 2	Matriz operacional: Independencia funcional.....	39
Tabla N° 3	Matriz operacional de la variables intervinientes.....	42
Tabla N° 4	Ficha técnica: Cuestionario para medir la Adherencia al proceso de Neurorehabilitación.....	45
Tabla N° 5	Ficha técnica: Cuestionario para medir la Independencia funcional	47

1.- PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la OMS el riesgo de padecer un accidente cerebro vascular (ACV) es de 1 de cada 4 personas (1). En la actualidad representa la segunda causa de muerte y discapacidad en todo el mundo, anualmente 13,7 millones de personas han sufrido de un accidente cerebro vascular, de continuar con esta tendencia se ha estimado que para el 2030 se tendrá 154 millones de personas afectadas por un ACV (2).

En el mundo 104 millones de personas que han sufrido un ACV, viven con secuelas, causantes de discapacidad, además el 60% de ellos son menores de 70 años lo que nos da a entender que esta enfermedad también es padecida por la población adulta, adulta joven y niños (2). En el Perú la mortalidad por causa del ACV representa el 11,4 % (3). Sobrevivir a un ACV trae consigo múltiples secuelas que van a dificultar la realización de las actividades en la vida diaria y el desenvolvimiento en el entorno laboral, social y familiar de todas aquellas personas que la padecen. Con respecto al tratamiento es importante que los pacientes se adhieran a su rehabilitación, se comprometan, sean perseverantes en todo el proceso, ya que la recuperación tiene un pronóstico a largo plazo.

Para Maryan (4) “La adherencia es uno de los factores más importantes que afectan el éxito del tratamiento y la rehabilitación. Es la medida en que los pacientes siguen las órdenes médicas y las acciones e intervenciones recomendadas”.

Según Quiroz (5)” Se ha pensado que el principal problema con la no adherencia en los procesos de tratamiento, se encuentra enfocada en el paciente, pero en la

actualidad se propone a los sistemas de salud y sus políticas públicas como los causantes relacionados de manera directa con la no adherencia al tratamiento”. Esto trae consigo la disminución de las posibilidades de recuperación funcional.

A nivel internacional, en Cuba el 13% de las personas que presentan algún tipo de dependencia han sido causadas por el ACV, un tercio presentó dependencia moderada, el 50% fue dependencia grave y el 16% tiene dependencia absoluta (6).

Por otro lado, en Nicaragua, los pacientes al egresar del hospital, luego de su rehabilitación, el 66% obtiene una dependencia moderada, el 25% dependencia severa, 7% dependencia escasa y solo el 1% fue independiente (7).

En Uruguay, el 50,7% de pacientes que han sufrido un ACV no asistió a su control pautado, y que de ellos casi la mitad presentaba limitaciones para la marcha y el 62,5% utiliza silla de ruedas para trasladarse, presentándose impedimentos en el control, seguimiento y la asistencia a sus tratamientos (8).

A nivel nacional, en Lima, el 60% de los pacientes que son dados de alta mantienen las secuelas incapacitantes (9). Además, menos del 50% asiste a sus consultas y solo el 30% completa su proceso de rehabilitación, lo que contribuye a un retraso en su funcionalidad (10).

Como se ha mencionado anteriormente existe un alto porcentaje de pacientes post ACV, que no completan su proceso de neurorrehabilitación, es decir, no se adhieren a su tratamiento de manera continua.

Esta realidad es observada en los diferentes hospitales del distrito de Huaral, donde los pacientes no logran completar el proceso de rehabilitación.

En este sentido se plantea la siguiente investigación: Adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional en adultos con accidente cerebro vascular en Huaral, 2021.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular en la provincia de Huaral en el periodo de setiembre a diciembre, 2021?

1.2.2. Problemas específicos:

¿Cuál es el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular según la edad, en la provincia de Huaral en el periodo de setiembre a diciembre, 2021?

¿Cuál es el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular según el sexo, en la provincia de Huaral en el periodo de setiembre a diciembre, 2021?

¿Cuál es el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular según tipo de lesión, en la provincia de Huaral en el periodo de setiembre a diciembre, 2021?

¿Cuál es el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular según el tiempo en procesos de neurorrehabilitación, en la provincia de Huaral en el periodo de setiembre a diciembre, 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general:

Establecer el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

1.3.2. Objetivos específicos:

Determinar el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional según la edad en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

Determinar el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional según el sexo en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

Determinar el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional según el tipo de lesión en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

Determinar el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional según el tiempo en procesos de neurorrehabilitación en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

Para la Organización mundial de la salud la falta de adherencia terapéutica causa un efecto en la salud de la población y ha considerado que resolver esta deficiencia debe ser la estrategia principal de trabajo, que priorizar los sistemas de salud, los investigadores y los científicos de las diferentes disciplinas de las ciencias de la salud (11).

Por otro lado, también el no adherirse al tratamiento puede traer consigo futuras complicaciones y secuelas en el paciente, que conllevan a presentar limitaciones que progresan a lo largo del tiempo y que afectan significativamente su calidad de vida (12).

Para Casanova (13) “Alcanzar una buena adherencia en el tratamiento fisioterapéutico es un requisito esencial, que debe cumplirse durante la atención en salud y que implica importantes repercusiones en el ámbito personal, familiar, médico, social y económico tanto para el paciente como para los servicios de salud”.

La importancia de este estudio acerca de la adherencia al proceso de neurorrehabilitación, radica en que existen pocas investigaciones que estudien a mayor profundidad esta variable, con la finalidad de poder analizar cuáles son los factores que interviene en la falta de compromiso al tratamiento de neurorrehabilitación y como está, se relaciona con la independencia funcional de los pacientes post accidente cerebro vascular,

teniendo así la oportunidad de crear nuevos conocimientos y aplicar múltiples criterios para un proceso de rehabilitación eficiente en el tiempo.

1.4.2. Justificación practica

Esta investigación beneficiará a la población que participe del estudio y al personal de salud de diferentes disciplinas, ya que permitirá conocer la relación que existe entre la de adherencia que tienen los pacientes al proceso de neurorrehabilitación y el nivel de independencia funcional que logran alcanzar, y de esta manera se pueda establecer mecanismos y estrategias para incrementar la interiorización de la importancia de continuar con sus tratamientos y no desistir en el proceso.

Así como también realizar nuevos planes que involucren la participación del paciente tanto en la atención de manera personalizada como multidisciplinaria que se requiera de acorde a su necesidad que beneficien la mejora y el compromiso en el desarrollo de su tratamiento a lo largo del tiempo

1.4.3. Justificación metodológica

Metodológicamente el estudio nos podrá orientar sobre los procedimientos, técnicas e instrumentos de evaluación previamente validados y confiables que serán utilizados en este estudio. Para la independencia funcional se utilizará el índice de Barthel en su versión original de Mahoney y Barthel creado en el año 1995, junto con el cuestionario creado en el

año 2012 por Quiroz sobre la adherencia al proceso de neurorrehabilitación basado en las dimensiones precisadas por la Organización Mundial de la Salud.

De tal manera proporcionara una base de datos estadísticos para que puedan servir como base de datos para futuras investigaciones.

1.5. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones que presenta la investigación se encuentra basada en el proceso de recolección de datos, ya que debido al estado de pandemia que nos encontramos en la actualidad por el Covid19, el acceso hacia la población es limitada, ya que persiste el temor a contagios, limitando la asistencia de los pacientes de manera presencial disminuyendo la cantidad de participantes, y de esta manera se extiende a largo plazo la culminación de la investigación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacional

Babar, et al. (2021) en su artículo tuvieron como objetivo *“Identificar los factores que pueden influir en la adherencia y las barreras a los programas de ejercicios en el hogar (HEP) adaptados individualmente después del alta a pacientes con accidente cerebrovascular”*. Fue un estudio transversal analítico, con muestreo no aleatorio. La población estuvo conformada por un total de 74 pacientes dados de alta, a través de un cuestionario denominado adherencia al ejercicio domiciliario auto informado. Los resultados

obtenidos indicaron que el 63,5% se adhirió al programa, mientras un 36,5% no tuvo adherencia al programa, las barreras que presentaron fueron factores personales que influyeron la falta de adherencia, el 16% presento fatiga, 12,2% falta de energía y el 11.1% manifiesta que es demasiado difícil (14).

Salcelas, et al. (2020) en su artículo tuvieron como objetivo “*Analizar el impacto de la rehabilitación sobre el estado funcional y las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), 8 semanas después de un accidente cerebro vascular, en una población de ancianos del noroeste de Portugal* “. Fue un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo, la población de estudio se conformó por 350 pacientes agrupados en 3 grupos según el tratamiento rehabilitador recibido: No rehabilitación (NR), rehabilitación ligera (RL) y rehabilitación intensa (RI). El instrumento de evaluación fue el Índice de Barthel para conocer el nivel de dependencia en actividades de la vida diaria (AVD), sus resultados se agrupan en dependencia total (0 - 20 puntos); dependencia severa (21- 40 puntos); dependencia moderada (41- 60 puntos); dependencia leve (61-90 puntos) e independencia (91-100 puntos), en los resultados se observó un aumento significativo ($p < 0.001$) en el índice de Barthel desde el ingreso hasta las 8 semanas tras el accidente cerebro vascular , también los pacientes que no habían sido sometidos a rehabilitación , tuvieron el tratamiento de rehabilitación ligera (OR: 6,37;IC del 95%: 1,74-23,25; $p = .005$) e intensa (OR:2,28; IC del 95%: 1,08-4,82; $p = .030$) ,aun así presentan mayor riesgo de dependencia funcional. Se concluye que la realización de una rehabilitación intensa mejora el estado funcional y las AVD con respecto a la rehabilitación ligera, después de 8 semanas de sufrir un ictus en pacientes ancianos (15).

Visueti, (2019) en su tesis tuvo como objetivo “*Determinar los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes de 20 a 69 años del servicio de fisioterapia* “. Fue un estudio analítico de casos y controles, la población de estudio estuvo conformada por 2982 pacientes, cuya muestra fue de 680 pacientes de los cuales se tomó 340 pacientes (no completaron sus sesiones) y 340 pacientes (completaron sus 8 sesiones de tratamiento), la técnica de muestreo utilizada fue aleatorio simple mediante el uso de la versión web del programa WinEpi. Se obtuvo como resultado que existe una correlación significativa entre el sexo ($p=0,001$), la accesibilidad geográfica ($p=0,03$) con la falta de adherencia al tratamiento (16). Concluyen que existe una correlación entre la falta de adherencia con el sexo y la accesibilidad geográfica.

Miller, et al., (2016), en su artículo tuvieron como objetivo “*Determinar la tasa de adherencia a los programas de ejercicios en el hogar (HEP) pos rehabilitación y las razones de la no adherencia en adultos con accidente cerebro vascular*”. Se realizó un estudio transversal, a una población de 55 personas entre los 35 y 92 años de edad, mediante la técnica de la encuesta. De los participantes evaluados, se tuvo como resultado que el 65% cumplen con al menos una parte de los ejercicios pos rehabilitación, con respecto a las razones para no adherirse, resulto que el 47% hizo ejercicios distintos a lo recomendado por su fisioterapeuta, además el 18% presenta dolor y temor de caerse al realizar el ejercicio. Finalmente concluyen que la adherencia del paciente con accidente cerebro vascular después de su alta es menos que ideal, por ello los terapeutas deben identificar y ayudar a los pacientes a vencer estas barreras (17).

Henao y Pérez, (2016) en su artículo tuvieron como objetivo “*Establecer el nivel de adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud*”. Realizaron un estudio descriptivo correlacional transversal, teniendo como población de estudio a 330 personas mayores de 18 años con LM (Lesión medular) de cualquier etiología, nivel o complejidad, evaluados mediante los siguientes instrumentos adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional (SMAN), discapacidad (SCI-DAS) y calidad de vida relacionada con la salud (WHOQOL-BREF). Los resultados indicaron que el 66% de los participantes presentan niveles medio y alto de adherencia. Por otro lado, se da a conocer que existe una correlación significativa ($p < 0.001$) entre el componente ambiental de la discapacidad con la adherencia global y sus factores socio-económico, equipo de asistencia sanitaria, tratamiento y el paciente. Concluyeron que los determinantes principales de la adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional lo componen factores ambientales de la discapacidad y la calidad de vida relacionada a la salud (18).

Galeno (2016), en su tesis tuvo como objetivo “*Describir los factores asociados a la independencia funcional alcanzada en pacientes hospitalizados con accidente cerebrovascular (EVC)*”. El estudio fue descriptivo, retro prospectivo y transversal. La población de estudio estuvo conformada por 73 pacientes con EVC, a quienes se les aplicó el Índice de Barthel para Actividades de la vida diaria (AVD). En los resultados se describe que al ingresar a rehabilitación se encontró que el 75% de los pacientes presenta dependencia severa, 18% dependencia total y 7% dependencia moderada. Por otro lado, al egresar de su rehabilitación el 66% obtuvo una dependencia moderada, el 25% dependencia severa, 7%

dependencia escasa e independiente solo el 1%. Finalmente se concluye que existió disminución en los casos con dependencia severa en AVD a dependencia moderada con una estancia hospitalaria de 4 a 7 semanas (7).

Yepes y Wees, (2015) en su tesis tuvieron como objetivo “*Establecer el nivel de adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional a largo plazo y su relación con la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con lesión medular crónica*”. Realizo un estudio descriptivo y correlacional bivariado, tuvo una población de estudio constituida por 43 participantes, evaluados mediante los siguientes instrumentos de tipo cuestionario, procesos de neurorrehabilitación funcional (SMAN), discapacidad (SCI-DAS) y calidad de vida relacionada con la salud (WHOQOL-BREF), los resultados indicaron que el 11,6% de la población estudiada presenta un nivel medio de adherencia a su rehabilitación y el 2,3 un nivel bajo. Finalmente concluyen que a menor discapacidad (componente factores ambientales), mayor adherencia a los procesos de neurorrehabilitación funcional (19).

Salinas (2013) en su tesis doctoral tuvo como objetivo “*Describir la adherencia que existe al final del tratamiento de fisioterapia, en relación a las características del paciente (sociodemográficas y clínicas), experiencias asistenciales (resultados), valoración global de la atención (servicio y del profesional) y los consejos ofrecidos*”. La metodología de estudio fue de tipo descriptiva transversal. Tuvo una población de 520 pacientes, de los cuales participaron 465. El instrumento de evaluación utilizado fue un cuestionario auto administrado sobre la atención en fisioterapia (CATENFIS). Como uno de los resultados se

obtuvo que los sujetos que valoran la calidad del servicio como al profesional de buena a excelente tienen 1,52 veces más posibilidad de presentar adherencia a los ejercicios específicos que aquellos que la perciben como mala o normal (OR=1,52; IC 95%:1,35-4,71). Finalmente concluyen que la valoración acerca del servicio recibido como de buena calidad o altamente satisfactorio puede favorecer respectivamente la adherencia de los pacientes a los ejercicios domiciliarios específicos y aeróbicos (20).

Nacional

Toribio (2020), en su tesis tuvo como objetivos “*Determinar el impacto de la fisioterapia sobre la dependencia funcional en pacientes con accidente cerebrovascular tipo hemipléjico en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz en el año 2019*”. Fue un estudio cuasi-experimental, con una población de 100 pacientes, a quienes se les aplico como instrumento de evaluación la escala de Barthel para conocer su dependencia funcional. Se obtuvo como resultado la que la fisioterapia tiene un impacto de manera positiva de manera global en todos los ítems de la escala de Barthel ($p < 0,001$). Concluyendo que la fisioterapia impacta positivamente en el tiempo en el cual el paciente se recupera luego de un accidente cerebro vascular (21).

Ortiz y Santos, (2018) en su tesis tuvieron como objetivo de estudio “*Evaluar la independencia funcional luego del tratamiento fisioterapéutico en pacientes con ACV tipo hemipléjico*”. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, cuyo diseño fue no experimental, descriptivo, de corte longitudinal y de tipo retrospectivo. La población de estudio fue conformada por 618 pacientes de los cuales se tomó como muestra a 72 pacientes, a quienes

se les aplico como instrumento de evaluación el Índice de Barthel, quien presenta un índice alto de confiabilidad de 0,95. Como resultado el total de la población obtuvo mayor independencia funcional pasando de independencia total a leve o moderada (22).

2.2. BASES TEORICAS:

2.2.2. Accidente Cerebro Vascular

La enfermedad cerebro vascular o ictus cerebral es un síndrome que engloba múltiples trastornos como el infarto cerebral, la hemorragia cerebral y la hemorragia subaracnoidea, quienes tienen un punto en común: “una alteración en la vasculatura del sistema nervioso central, que lleva a un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y los requerimientos de oxígeno, cuya consecuencia es una disfunción focal, difusa, transitoria o permanente del tejido cerebral” (23).

2.2.2.1. Epidemiología

El accidente cerebro vascular (ACV) en el mundo representa una de las primeras causas de muerte (20). Para la OMS 1 de cada 4 personas tienen el riesgo de padecerla (1).

En la actualidad representa la segunda causa de muerte y discapacidad en todo el mundo. Con respecto a la discapacidad presentan consecuencias catastróficas para el paciente y su familia a largo plazo, los pacientes que han sufrido un primer evento tienen un nivel de mortalidad de 11,1%, y en el primer mes de seguimiento es de 8.5% (10,23).

Anualmente 13,7 millones de personas han sufrido de un accidente cerebro vascular, de continuar con esta tendencia se ha estimado que un ACV podrá representar el 6.2% de la

carga total de la enfermedad en 2020, así como también para el 2030 se tendrá 154 millones de personas afectadas por un ACV (2).

Con respecto a los tipos de ACV es importante mencionar que el 63% de eventos isquémicos y el 80% de eventos hemorrágicos ocurren en países de ingresos medianos y bajos (10).

En el Perú la mortalidad por causa del ACV representa el 11,4 % (3), y el 15% de muertes que son prematura tuvieron como causa al ACV. En el 2011 existió una mortalidad de 19.6% de 2225 paciente con ACV, que se encontraban hospitalizados entre el año 2000 – 2009 en lima, en el 2013 se reportó 67 muertes por causa de ACV de un total de 100000 habitantes, el 51,3% corresponde a varones en una edad promedio de 72,3 años (10)

2.2.2.2. Etiología

Según la escala de TOAST, nos muestra cinco categorías etiológicas (10).

- **Enfermedad aterotrombótica aterosclerótica de gran vaso:**

La isquemia es dada generalmente por un tamaño medio o grande, ya sea en el área cortical o subcortical, localizada en las arterias vertebro basilar o carotidea.

- **Cardioembolismo:**

La isquemia suele ser de tamaño medio o grande, en la zona cortical donde puede existir alguna cardiopatía que tienen características emboligenas

- **Enfermedad oclusiva de pequeño vaso infarto lacunar:**

Es una isquemia de tamaño pequeño con un diámetro < 1,5 cm en la arteria perforante cerebral existiendo la posibilidad de provocar un síndrome lacunar.

- **Otras causas:**

Por enfermedades sistémicas, alteraciones metabólicas, alteraciones de la coagulación, disección arterial, displasia fibromuscular, migraña, malformación arteriovenosa, etc.

- **De origen indeterminado**

2.2.2.3. Clasificación

Según la naturaleza de la enfermedad se clasifica en isquémica y hemorrágica

Ictus isquémico:

Es generado por la obstrucción de un vaso arterial, provocando reducción del flujo de sangre, ya sea de manera total (isquemia global) o parcial (isquemia focal), provocando un área de necrosis tisular, según su duración podrá ser un accidente isquémico transitorio (AIT) o infarto cerebral, va en función de que el déficit de la isquemia pueda revertirse o no, antes de las 24 horas (23,24).

Existen diferentes tipos de infarto cerebral, ya sea por su forma de producirse, de acuerdo a su categoría clínica y su localización topográfica. Según sea su mecanismo de producción se distinguen los siguientes casos (24).

- **Trombótico:** Se da generalmente cuando un coágulo de sangre se forma en el interior de un vaso sanguíneo (trombo) y crece sobre una placa aterosclerótica u otra lesión vascular, generando estenosis u oclusión de una arteria cerebral intra o extracraneal.

- **Embólico:** Ocurre cuando hay una oclusión de una arteria ocasionada por un embolo en la zona distal a un cierto punto donde existe un adecuado flujo colateral, el embolo que se origina de manera proximal puede ser arterio – arterial, cardiaco o paradójico.
- **Hemodinámico:** Dado cuando el paso del fluido global del cerebro esta disminuido de una manera crítica, debido a una presión arterial baja y el flujo compensatorio colateral es insuficiente; según la causa puede ser considerado el infarto como aterotrombótico, cardioembólico o lacunar.

Ictus Hemorrágico:

Tiene como origen la ruptura de un vaso sanguíneo que tiene una acumulación hemática ya sea en el espacio subaracnoideo (hemorragia subaracnoidea), en el interior de los ventrículos cerebrales (hemorragia cerebral) o el parénquima cerebral (23,24). Una de las causas más recurrentes de esta lesión es la Hipertensión Arterial (HTA), seguida de un aneurisma.

2.2.2.4. Fisiopatología del ACV

El correcto funcionamiento de nuestro cerebro se basa en la relación equilibrada entre el metabolismo energético del cerebro y el nivel de flujo sanguíneo cerebral, regulado por la presión arterial y la barrera hematoencefalica, garantizando así la liberación de oxígeno y de sustratos que son importantes para que se mantengan las funciones celulares.

Cuando existe una disminución del aporte de flujo de sangre, consecuencia de una obstrucción en un vaso sanguíneo por diversos factores, trae como consecuencia la

disminución del aporte de oxígeno, la glucosa y los nutrientes que se necesitan para mantener el metabolismo neuronal (25).

Al disminuirse o contarse el flujo, se produce una isquemia neuronal, originando así la denominada cascada isquémica, que conducen a una muerte neuronal, incluyendo la disminución de Adenosin Trifosfato (ATP), cambios en los niveles de calcio, potasio y sodio, acumulación de radicales libres, acumulación intracelular de agua y estimulación persistente de los receptores de glutamato (23).

La muerte celular ocurre ya sea por necrosis o apoptosis, la inflamación aumenta el flujo sanguíneo a la región isquémica, este aumento libera calcio, que en estos casos incrementa el daño tisular (25).

Finalmente, la muerte celular por necrosis es básicamente un fenómeno de manera pasiva que se da por alteraciones bioquímicas consecuencias del déficit de energía y la activación de enzimas líticas que destruyen la composición celular. La muerte por apoptosis es también conocida como muerte celular programada, es un proceso que se da de manera activa que depende de una suma de eventos que se inician por la exposición de agentes nocivos, en el caso de la isquemia, conduce a producción de enzimas que tienen actividad proteolítica, conocidas como caspasas, quien activan que activan factores que destruyen proteínas clave para la supervivencia (23,25).

2.2.2.5. Factores de riesgo

Se refiere a todo rasgo biológico o ciertos hábitos que presentan un cierto grupo de personas, que tienen mayor probabilidad de adquirir una enfermedad. Se han clasificado en

factores de riesgo modificables y no modificables. Dentro de los factores no modificables encontramos a la edad, condición que se encuentra asociada mayormente a la edad avanzada, sin embargo, cada vez son a los más jóvenes y personas de mediana edad quienes lo están padeciendo; el sexo, mayormente las mujeres tienen el riesgo de sufrirlo; herencia; raza y antecedente de ataque cerebral (26).

Por el contrario, los factores no modificables se encuentran relacionados a la prevención dentro de ellas encontramos a presión arterial alta (HTA), siendo este factor el más importante, ya que es la causa principal de un accidente cerebro vascular; el tabaquismo, diabetes, colesterol alto, la falta de actividad física, obesidad, consumo excesivo de alcohol o drogas (26).

2.2.1. Concepto de adherencia terapéutica

El término “adherencia” suele confundirse de manera constante con el “cumplimiento” de un tratamiento. Es importante distinguir ambos términos, el concepto de cumplimiento se refiere a la obediencia que todo paciente tiene de manera pasiva a las instrucciones recomendadas por su médico tratante, colocándolo en una posición de autoridad quien se comunica de manera unilateral con el paciente indicándole el régimen que debe seguir, sin considerar la existencia de otros factores que se encuentren a su alrededor (27).

La adherencia terapéutica es definida por la OMS como “El grado en que el comportamiento de una persona - tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y

ejecutar cambios del modo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”, enfatizando que el paciente tiene un rol activo y voluntario en este proceso (27,28).

Para el autor Martin Alfonso, conceptualiza a la adherencia terapéutica como un comportamiento de nivel complejo basándose en un proceso estructurado y con una dinámica interna conformado por la base del comportamiento del paciente, sumado a ello la relación obtenida con el profesional sanitario para obtener resultados en beneficio de su salud (29). Para llevar a cabo este proceso es importante que se lleve a cabo ciertas secuencias como la aceptación del tratamiento, estableciendo una relación entre el médico y paciente, cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, así como también la participación activa en su cumplimiento y finalmente el carácter voluntario utilizado en las acciones para el cumplimiento donde la persona realiza todos los esfuerzos para cumplir con las prescripciones (28).

2.2.2.1. Factores que influyen en la adherencia terapéutica según la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a cinco factores a quienes a denominado “dimensiones” que influyen en la adherencia terapéutica:

a) Factores socioeconómicos:

Para la OMS “el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte público, el alto costo de los medicamentos, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad

y el tratamiento, la disfunción familiar y algunos factores socio demográficos como la edad y la raza son factores que tienen un efecto considerable en la adherencia” (29).

La edad es un factor que influye de manera irregular en la adherencia terapéutica, ya que la adherencia en los niños y adolescentes es de 58% en países desarrollados, otros estudios indican que los adolescentes se adhieren menos al tratamiento (30). Por otro lado, el nivel de escolaridad también fue asociado al nivel de adherencia.

La población adulta mayor que no tiene un aporte de jubilación o pensión mensual presentaron porcentaje elevado de no adherirse a un tratamiento. La población que presenta un empleo basado en la informalidad, ya que tan solo el hecho de faltar a un día laboral equivale a perder ingresos económicos, y esto trae consigo mayor riesgo de no adherirse a un tratamiento (29).

b) Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria:

Los factores que se encuentran relacionados al sistema sanitario y que afectan de una manera negativa son “servicios de salud poco desarrollados, inexistentes planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado” (30).

Respecto a la atención dada por el personal sanitario existe falta de conocimiento y adiestramiento del personal en el control de las enfermedades crónicas, falta de recursos humanos lo que conlleva a recargarlos de trabajo dando

consultas cortas para poder cubrir la demanda, falta de incentivos y motivación, falta de conocimiento y capacitaciones acerca de la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla” (30).

c) Factores relacionados con la enfermedad:

Estos factores están relacionados al nivel de gravedad que tienen los síntomas, el nivel de discapacidad sea física, psicológica, social o vocacional, la gravedad y su velocidad con la cual progresan y la existencia disponible de tratamientos que sean efectivos (30).

d) Factores relacionados con el tratamiento:

Existen múltiples factores que se encuentran relacionados con el tratamiento y que influyen en su adherencia, los que más sobresalen son lo complejo del régimen médico, el tiempo de duración de tratamiento, fracaso de un tratamiento anterior, los cambios frecuentes de tratamientos, efectos secundarios, cobertura y costos de los medicamentos (29,30).

e) Factores relacionados con el paciente:

Los factores que nos presenta la OMS son “los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas que tiene el paciente” (22).

El olvido, estrés, la angustia por los efectos que puede causar la enfermedad, el no aceptar la enfermedad, la falta de motivación, las creencias sobre la efectividad en el tratamiento, la baja asistencia a sus controles médicos son uno de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento (30).

La adhesión a un tratamiento es un proceso conformado por múltiples factores como los emocionales, sociales, biológicos y culturales (29). Es importante tener en cuenta cada uno de estos factores, ya que se interrelacionan reflejando la realidad de un todo, y no solo desde la perspectiva basada en responsabilizar al paciente.

2.2.1.2. Adherencia en fisioterapia

El término adherencia en el ámbito de la fisioterapia, fue descrito por primera vez por Frances Bassett, quien la describe como: “Grado en el que los pacientes realizan los componentes prescritos de su programa de fisioterapia que tienen lugar en casa o la clínica” (27). Esto indica un proceso que se va ganando con el tiempo y con el aprendizaje, realizando un tratamiento de manera correcta y así incorporarlo a nuestra vida diaria. (13).

El objetivo principal de la fisioterapia es la recuperación funcional del paciente en todas sus actividades de la vida diaria, e incorporación a nivel laboral, social y familiar mejorando así su calidad de vida. Una de las bases del tratamiento en fisioterapia es la constancia y repetición de las indicaciones que son dadas en el avance de sus sesiones en rehabilitación, las cuales están conformadas por una serie de ejercicios, consejos ergonómicos, adaptaciones de su entorno físico, es así que la recuperación de todo paciente en fisioterapia no depende solo del profesional, sino que tiene como principal actor al paciente, quien debe desarrollar la habilidad y un nivel de conciencia propio para adherirse de la mejor manera a su proceso de recuperación y poder obtener la mayor funcionalidad posible en sus actividades a través de la constancia, el ensayo y el error.

Para Casanova, alcanzar una buena adherencia en el tratamiento fisioterapéutico: “Es un requisito esencial, que debe cumplirse durante la atención en salud y que implica importantes repercusiones en el ámbito personal, familiar, médico, social y económico tanto para el paciente como para los servicios de salud” (13).

2.2.3. Concepto de Independencia funcional

La independencia funcional o también llamada funcionalidad “Es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente” (32). Por otro lado, la OMS la define como: “La capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, en la comunidad, recibiendo poca ayuda o ninguna, de los demás” (44).

El ser dependiente es definida como: “Disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma correcta o dentro de los márgenes considerados normales” (33).

2.2.3.1 Escalas generales de la valoración funcional

Son instrumentos que nacen para obtener métodos que sean fiables, y que puedan dar resultados de un modo objetivo, medible y uniforme, existen múltiples escalas para valorar la independencia o dependencia funcional que a continuación se detallara las que tienen mayor relevancia (24).

- **Índice de las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz)** , quien valora seis funciones básicas como son bañarse , vestirse , uso del inodoro, movilidad , continencia de esfínteres y la alimentación , con respecto a la

puntuación a considerado puntajes como 0 puntos si realiza la actividad de manera independiente , 1 punto si lo realiza con ayuda o no puede concluirlo.

- **La escala Functional Independence Measure (FIM)**, es un instrumento que se utiliza para “dar una valoración funcional en rehabilitación y la intensidad de la asistencia dada por el cuidador “(34).

Evalúa 18 actividades, cuya puntuación es de 7 a 1, asignando valores de 18 que se interpreta como asistencia total y 126 puntos como independencia completa. Se distribuyen en grupos de autocuidado, control de esfínteres, transferencias y locomoción. También tiene una valoración cognitiva, donde se encuentra la comunicación y el conocimiento social, sin embargo, se necesita entrenamiento del evaluador para su uso principalmente en los ítems cognitivos, aún existe falla en la fiabilidad entre los observadores de los ítems transferencias, locomoción, interacción social y cognitivo y su uso es de manera fundamental intrahospitalario (24,34).

- **Índice de Barthel (IB)**, es una escala funcional que se basa en “describir el estado funcional del paciente y su objetivo es valorar la capacidad, es decir, detectar cambios en el estado funcional de personas con enfermedades neurológicas o musculoesqueléticas”(24).Es decir ,mide la capacidad de una persona para llevar a cabo actividades de la vida diaria como comer, lavarse-bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al inodoro, traslado sillón-cama, deambulacion y subir-bajar las escaleras ya sea de una manera independiente o dependiente .

El índice de Barthel evalúa mayor número de funciones que el índice de Katz (24). Evalúa 10 actividades de la vida diaria, estableciendo grados para la capacidad de cada función, señalando puntajes de 0 valorándolo como dependiente, 5 cuando necesita ayuda para realizar la actividad y 10 cuando es independiente en sus actividades. Finalmente, su valoración total va de 0 a 100 como dependencia o independencia total (34,24).

El índice de Barthel es una de las evaluaciones más completas, siendo útil para evaluar a largo plazo el pronóstico y evolución de un paciente que ha sufrido un ictus (35), es válida, confiable de fácil aplicación y de interpretar, puede ser repetido habitualmente y se adapta culturalmente, además ha sido recomendada por la asociación Sociedad Española de Neurología en la evaluación de todo paciente con ha sufrido un accidente cerebro vascular (34,22). Siendo una de las más indicadas por su rapidez y sencillez de aplicación en esta investigación.

2.2.4. Adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional en pacientes post ACV

Es importante señalar que todo proceso de recuperación de un paciente que ha sufrido una lesión neurológica, en este caso un accidente cerebro vascular, la recuperación se dará a largo plazo y se debe enfatizar que al final de su tratamiento debe continuar con su rehabilitación, ejercicios y cuidados recomendados como un estilo de vida.

Una de las bases de la neurorrehabilitación es la plasticidad cerebral que se define como: “la capacidad adaptativa del sistema nervioso para minimizar los efectos de las lesiones a través de modificar su propia organización estructural y funcional” (36), para

mejorar todos aquellos déficit neurológicos y funcionales que aún se pueden recuperar, basados en la repetición y en la constancia diaria. Por otro lado, es importante la continuación del proceso de rehabilitación a lo largo de los años ya que existe la posibilidad del inicio de un deterioro funcional ya sea por depresión, riesgo de caídas, posibilidades de fracturas en el riesgo de caídas y el propio deterioro del envejecimiento en todo paciente que ha sufrido un accidente cerebro vascular, para poder disminuir las posibilidades de la aparición de estos riesgos (37).

Se ha podido demostrar que la Rehabilitación de manera continuada tras dar el alta en el periodo del primer año tras el ictus, reduce el riesgo de deterioro funcional y mejora la independencia en las actividades de vida diaria (38). Así como también que el paciente y su familia se comprometan a conseguir los objetivos planteados tienen un papel fundamental en el programa rehabilitador, la intensidad del tratamiento influye en el resultado funcional (37).

En nuestro país existe una gran deficiencia con respecto a la atención y el seguimiento médico y rehabilitador en los pacientes que han sufrido un ACV, se realizó un seguimiento en cuanto a su rehabilitación y solo el 30% lo completa , disminuyendo sus posibilidades de mejorar su funcionalidad (10), es ahí donde la adherencia al proceso de rehabilitación cumple un rol importante, ya que gracias a este compromiso tanto del paciente, su familia y los profesionales encargados de su rehabilitación , sumaran esfuerzos para llevar al éxito la capacidad de mejora en sus actividades de la vida diaria y mejorar su funcionalidad, cumpliendo el objetivo de integrar al paciente su ámbito familiar , laboral y social.

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación entre la adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

Ho: No existe relación entre la adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 01

Hi: Existe relación entre la adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional según la edad en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

Ho: No existe relación entre la adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional según la edad en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

Hipótesis específica 02

Hi: Existe relación entre la adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional según el sexo en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

Ho: No existe relación entre la adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional según el sexo en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

Hipótesis específica 03

Hi: Existe relación entre la adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional según el tipo de lesión en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

Ho: No existe relación entre la adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional según el tipo de lesión en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

Hipótesis específica 04

Hi: Existe relación entre la adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional según el tiempo en procesos de neurorrehabilitación en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

Ho: No existe relación entre la adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional según el tiempo en procesos de neurorrehabilitación en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método de la presente investigación será de carácter Hipotético – deductivo, ya que el presente proyecto tendrá un procedimiento con un diseño estructurado partiendo de afirmaciones o enunciados generales que no se pueden demostrar de manera directa, buscando probarlo a través de hipótesis, dando como resultado la confirmación o la negación

de lo planteado por el investigador, infiriendo conclusiones que deben ser confrontadas con los hechos (39).

3.2. Enfoque de la investigación

Es de enfoque Cuantitativo, porque las variables del presente proyecto de investigación serán medidas y expresadas a través de resultados objetivos de índole numérico, es decir, la recolección de datos que se obtendrán para obtener los resultados y comprobar las hipótesis, serán presentadas teniendo como base la medición numérica y el análisis estadístico, para implantar patrones de comportamiento y probar las teorías planteadas al inicio de la investigación mediante la información brindada por los participantes de la investigación (40).

3.3. Tipo de la investigación

La investigación será de tipo aplicada, porque aplica o utiliza los conocimientos que ya han sido adquiridos en el tiempo. Por otro lado, también se tendrá la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos luego de aplicar y organizar la práctica basada en la investigación. El conocimiento adquirido a través de los resultados de la investigación da como efecto un nuevo aprendizaje acerca de la adherencia a la rehabilitación en pacientes neurológicos, permitiendo procesar estos nuevos conocimientos de una manera rigurosa, organizada y sistemática (41,39).

Alcance: Descriptivo correlacional.

La investigación que se ejecutará será de alcance descriptivo ya que describe cuantitativamente o cualitativamente de manera precisa las cualidades, características y

perfiles de las variables de estudio, con el propósito de enumerar las características en un contexto determinado (42). Por otro lado, también tiene un alcance correlacional porque su objetivo es dar a conocer la asociación o la relación entre adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular es un contexto específico según los objetivos planteados en la investigación (40).

3.4. Diseño de la investigación

Presentará un diseño no experimental de corte transversal. El diseño no experimental, se refiere a que no existirá en la investigación ningún tipo de manipulación de las variables de estudio, ya que solo se procederá a observar los hechos o fenómenos ocurridos de manera natural como se dan en su contexto real (43), no se aplicara ningún procedimiento, intervención o un programa terapéutico a la población de estudio. Por otro lado, el estudio será de corte transversal, ya que solo se recolectarán los datos en momento único y tiempo determinado, describiendo las variables y analizando su incidencia y su relación (40).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población:

La población se define como “El conjunto de elementos o casos que tienen características comunes y que se ubican dentro de determinado espacio” (47). En el estudio la población estará conformada por 60 pacientes post accidente cerebro vascular que acudirán al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital San Juan Bautista de Huaral en el periodo de setiembre a diciembre del año 2021.

Muestra:

La muestra se refiere a un subgrupo determinado de una población, de los cuales se pueden obtener datos de manera exacta y precisa (50). La muestra del estudio se seleccionará al 100% de la población y que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Paciente con diagnóstico confirmado de accidente cerebro vascular en su historia clínica
- Paciente que tenga entre 18 y 79 años.
- Paciente que haya sufrido solo un accidente cerebro vascular
- Paciente que tengan de 6 meses a más en proceso de rehabilitación
- Paciente que acepte participar voluntariamente, firmando el consentimiento informado.

Exclusión:

- Paciente que se encuentre con alteraciones cognitivas (memoria, atención y concentración)
- Pacientes con trastornos de lenguaje como afasia expresiva y/o comprensiva
- Paciente mayor a 80 años

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Adherencia al proceso de neurorrehabilitación

Definición Operacional: El grado en que el comportamiento de una persona - tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”, enfatizando que el paciente tiene un rol activo y voluntario en este proceso, siguiendo los criterios de calificación de : 1 = Nunca, 2 = Casi nunca, 3 =A veces, 4=Casi siempre , 5=Siempre, siendo los valores finales correspondientes a nivel de adherencia Nula , Baja , Media, Alta y Total .

Tabla 1:

Matriz operacional de la variable Adherencia al proceso de neurorrehabilitación

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítem</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
Socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none">- Situación Familiar actual- Redes de apoyo social- Creencias populares acerca de su condición de salud y proceso de neurorrehabilitación funcional- Estado socioeconómico	1,2,3,4	Ordinal	Nula (0 -4%) Baja (5 – 49%) Media (50 – 74%) Alta (75 – 94%) Total (95 – 100%)

Relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de salud - Conocimiento y preparación del personal asistencial en el manejo de enfermedades crónicas - Capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento - Conocimiento sobre la adherencia 	5,6,7,8
Relacionados con la rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> - Duración del proceso de neurorrehabilitación funcional - Evidencia de resultados inmediatos - Efectos colaterales - Cambios en el proceso de neurorrehabilitación funcional 	9,10,11,12
Relacionados con la discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> - Gravedad de la deficiencia neurológica - Grado de la limitación física - Velocidad de progresión de la deficiencia neurológica - Enfermedades o trastornos adicionales 	13,14,15,16
Relacionados al paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Baja motivación - Desesperanza y sentimientos negativos - Entender mal las instrucciones del proceso de neurorrehabilitación - No percibir la necesidad del proceso de neurorrehabilitación 	17,18,19,20

Variable 2: Independencia Funcional

Definición Operacional: Es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente (32). Siguiendo los criterios de calificación de 10= Independiente, 5= Necesita ayuda, 0= Dependiente. Los valores finales de la variable son: Dependencia total, Dependencia grave, Dependencia moderada, Independencia Leve e independencia.

Tabla 2:

Matriz operacional de la variable Independencia Funcional

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítem</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
Alimentación	Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable (22). Necesita ayuda. Para lograr cortar la carne, extender la mantequilla, etc., Si es capaz de comer solo (22). Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona (22).	1		Dependencia Total (Menor a 20)
Ducharse / Bañarse	Independiente. Es capaz de lavarse solo, de entrar y salir del baño sin ayuda y no necesita la supervisión de otra persona (22). Dependiente. Se necesita algún tipo de ayuda o supervisión (22).	2	Ordinal	Dependencia Grave (20 – 35) Dependencia Moderada (40 - 55)

	Independiente. Es capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	3	
Vestido	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable ⁽²²⁾ .		Independencia Leve (> o igual de 60)
	Dependiente. Necesita ayuda para su vestido ⁽²²⁾ .		Independencia (100)
Arreglo personal	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona ⁽²²⁾ .		
	Dependiente. Necesita alguna ayuda ⁽²²⁾ .	4	
	Continente. No presenta episodios de incontinencia ⁽²²⁾ .		
Deposición	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios ⁽²²⁾ .		
	Incontinente. Presenta más de un episodio semanal. Se administra enemas o supositorios por otra persona ⁽²²⁾ .	5	
	Continente. No presenta episodios de incontinencia. Es capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.) ⁽²²⁾ .		
Micción	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos ⁽²²⁾ .	6	
	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse ⁽²²⁾ .		
	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona ⁽²²⁾ .		
Ir al retrete		7	

	<p>Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo ⁽²²⁾.</p> <p>Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor ⁽²²⁾.</p>	
Traslado de cama/ sillón	<p>Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama ⁽²²⁾.</p> <p>Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física ⁽²²⁾.</p> <p>Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda ⁽²²⁾.</p> <p>Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado ⁽²²⁾.</p>	8
Deambulaci3n	<p>Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo ⁽²²⁾.</p> <p>Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador ⁽²²⁾.</p> <p>Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n ⁽²²⁾.</p> <p>Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro ⁽²²⁾.</p>	9
Subir y bajar escaleras	<p>Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona ⁽²²⁾.</p> <p>Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n ⁽²²⁾.</p> <p>Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor ⁽²²⁾.</p>	10

Variables intervinientes: Edad, sexo, tipo de lesión y tiempo de tratamiento.

Definición Operacional:

Edad: Es el número de años cumplidos de acuerdo a la fecha de nacimiento.

Sexo: Genero según sus características fenotípicas.

Tipo de lesión: Un accidente cerebro vascular se divide en dos tipos de lesión según su naturaleza ya sea isquémico como hemorrágico.

Tiempo en proceso de neurorrehabilitación: Cantidad de tiempo que ha transcurrido en procesos de neurorrehabilitación Funcional (19).

Tabla 3:

Matriz operacional de las variables intervinientes:

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítem</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
Edad	Es el número de años cumplidos de acuerdo a la fecha de nacimiento	-	De razón	18 – 39 años 40 – 59 años 60 – 79 años
Sexo	Genero según sus características fenotípicas.	-	Nominal	Masculino Femenino
Tipo de lesión	Un accidente cerebro vascular se divide en dos tipos de lesión según su naturaleza ya sea isquémica como hemorrágica.	-	Nominal	Isquémico Hemorrágico
Tiempo en proceso de neurorrehabilitación	Cantidad de tiempo que ha transcurrido en procesos de neurorrehabilitación Funcional (19).	-	De razón	6 – 8 meses 9 – 10 meses 11 – 12 meses

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

En el presente proyecto de investigación se utilizará para la recolección de los datos de las variables adherencia al proceso de neurorrehabilitación e independencia funcional, la técnica de encuesta, que será aplicada a cada uno de las personas que participen en el estudio. Finalmente, la encuesta se define como el instrumento más apropiado para poder tomar los datos que se necesiten, en muestras de mayor cantidad en un momento determinado (40).

En el caso de las variables intervinientes que fueron consideradas en el estudio, la técnica que será utilizada es el registro de datos, donde se recolectara información general como la edad, el sexo y situación ocupacional, aspectos clínicos como el tipo de lesión, datos relacionados con la neurorrehabilitación como el tiempo en proceso de rehabilitación de cada participante de la investigación. (Anexo 2)

3.7.2. Descripción de instrumentos.

El instrumento que se utilizará será el cuestionario, el cual es considerado como el recurso utilizado por el investigador para tener información sobre la variable, conformada por una serie de preguntas relacionadas a las variables medidas, de esta manera se generan los datos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos en la investigación, permitiendo organizar el proceso de recolección de datos facilitando su obtención, análisis, cuantificación e interpretación (40, 45,48)

En la presente investigación se utilizarán dos instrumentos, para la variable adherencia al proceso de neurorrehabilitación se utilizará el cuestionario Scale to Measure Adherence to the Neurorehabilitation (SMAN v 1.0), y para la variable Independencia funcional el índice de Barthel.

A continuación, se procederá a describir la ficha técnica de cada uno de los instrumentos que serán utilizados.

Scale to Measure Adherence to the Neurorehabilitation (SMAN v1.0)

El instrumento que se utilizará será el cuestionario SMAN v1.0 (Scale to Measure Adherence to the Neurorehabilitation), que significa en español Escala para medir la adherencia a la neurorrehabilitación, que fue creado por el Magister en Neurorrehabilitación Carlos Quiroz, en la ciudad de Cali, Colombia en el año 2012. El instrumento se basa en las dimensiones que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los factores que influyen en la adherencia a tratamientos. Con respecto a la confiabilidad del instrumento se aplicó las pruebas de consistencia interna a través del coeficiente de alfa de Cronbach 0,835, es decir que los ítems que componen al instrumento SMAN v1.0 presentan una buena correlación entre ellos, lo que da a conocer que presenta un constructo válido demostrando una buena confiabilidad para su aplicación.

El instrumento está compuesto por cinco dimensiones basados en factores socioeconómicos, equipo o sistema de asistencia sanitaria, aspectos relacionados con la rehabilitación, la discapacidad y el paciente, está compuesto por 20 ítems, cuyas alternativas de respuesta son nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre, en donde las puntuaciones

oscilan entre 1,2,3,4,5 respectivamente en función del participante que lo valora. Finalmente para calcular la adherencia global al proceso de neurorrehabilitación se utilizara la siguiente formula $x = \frac{(\Sigma \text{items} - 20)}{80} \times 100$, utilizando la siguiente escala que según el puntaje total que emita , dara como resultado lo siguiente : adherencia nula = 0 - 4% ,baja = 5 – 49% ,media = 50 – 74% , Alta= 75 – 94% y total= 95 – 100% (Anexo 3)

Tabla 4:

Ficha técnica: Cuestionario para medir la Adherencia al proceso de neurorrehabilitación

Ficha técnica	
Nombre :	SMAN v1.0 (Escala para medir la adherencia a la neurorrehabilitación)
Autor :	Mg. Carlos Quiroz
Objetivo:	Medir la adherencia al proceso de neurorrehabilitación funcional a largo plazo
Población:	Pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular.
Forma de aplicación :	Individual
Tiempo de aplicación :	25 a 30 minutos
Descripción de instrumento :	Consta de 20 preguntas, donde se evalúan 5 dimensiones, con 4 preguntas por cada dimensión , con escalas de respuesta múltiple como nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre.

Índice de Barthel:

El instrumento que se utilizará para medir la independencia funcional, será el cuestionario Índice de Barthel, fue propuesto en el año 1955, existen múltiples versiones y modificaciones del mismo, en este proyecto de investigación se utilizara la versión original en español.

Lowen y Anderson realizaron el primer estudio de fiabilidad del Índice de Barthel en su versión original a través de pruebas de concordancia inter e intraobservador, con índices de Kappa (interobservador) 0,47 y 1,00 e intraobservador 0,84 y 0,97, en cuanto a la evaluación de la consistencia interna se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,86 a 0,92, lo que da la seguridad de aplicación por (49).

Se encuentra compuesto por 10 ítems que valoran actividades de la vida diaria como alimentación, ducharse / bañarse, vestido, arreglo personal, deposición, micción, ir al retrete, traslado de cama/sillón, deambulación y subir y bajar escaleras, cuyos criterios de calificación se dan de acuerdo a la independencia con la que realizan la actividad, basado en puntuaciones numéricas como 10, si lo realiza de manera Independiente, el valor numero de 5 , se califica cuando necesita ayuda para la actividad y 0 cuando presenta mayor dependencia para realizar la actividad. Los valores finales de la variable son: Dependencia total = Menor a 20, Dependencia grave = 20 – 35, Dependencia moderada = 40 - 55, Independencia Leve = ≥ 60 e independencia =100. (Anexo 4)

Tabla 5:

Ficha técnica: Cuestionario para medir la Independencia funcional

Ficha técnica	
Nombre :	Índice de Barthel
Autores :	Mahoney y Barthel
Objetivo :	medir la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), que son consideradas básicas
Población:	Pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular.
Forma de aplicación :	Individual
Tiempo y forma de aplicación :	30 minutos
Descripción de instrumento:	Consta de 10 ítems, con escalas de calificación de (10) Independiente, (5) Necesita ayuda, (0) Dependiente. Los valores finales de la variable son: Dependencia total, Dependencia grave, Dependencia moderada, Independencia Leve e independencia.

3.7.3. Validación

La validez es “un atributo de los instrumentos de investigación que consiste en que éstos miden con objetividad, precisión, veracidad y autenticidad aquello que se desea medir de la variable o variables de estudio” (46). Los instrumentos que se utilizaran en este estudio ya han sido validados en otras investigaciones a través de la técnica de Juicio de expertos.

En esta investigación se realizó la validez mediante la técnica de juicio de expertos, y estuvo conformado por cinco especialistas entre ellos temáticos, metodólogos y

estadísticos, quienes dieron su opinión y valor de aspectos como congruencia, relevancia, claridad de los instrumentos para las variables de estudio Adherencia a procesos de neurorrehabilitación (SMAN v1.0) e Independencia funcional (Índice de Barthel) que serán aplicados para la recolección de datos logrando los objetivos de la investigación (47). (Anexo 5)

3.7.4. Confiabilidad:

La confiabilidad es “la credibilidad que brinda el instrumento, y esto se verifica si al aplicar repetidas veces dicho instrumento, brinda los mismos resultados o valores muy cercanos” (43). Los instrumentos que se utilizaran en este estudio ya han sido validados y han obtenido niveles altos de confiabilidad según alfa de Cronbach en diversos estudios realizados, para la variable adherencia al proceso de neurorrehabilitación, que fue evaluada a través del SMAN v1.0 se obtuvo un valor de 0,835 en un estudio realizado en Colombia por Yepes y Wees, denominado “Adherencia a procesos de Neurorrehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos con lesión medular en la ciudad de Cartagena, 2014”. Por otro lado, la variable independencia funcional evaluado a través del Índice de Barthel el valor de su confiabilidad a través del alfa de Cronbach fue de 0,915, en un estudio realizado en Perú por Ortiz y Santos a pacientes con ACV.

Para esta investigación se realizará la confiabilidad a través de una prueba piloto, que estará conformada por 20 pacientes con accidente cerebro vascular quienes responderán los cuestionarios que evalúan ambas variables, cumpliendo con los criterios de inclusión. Serán

validados a través de la prueba estadística de Alfa de Cronbach, cuyos coeficientes se encuentran entre 0 y 1.

3.7.5. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de recolección de datos se procederá a contar con la autorización de la institución, luego se programará una reunión de coordinación con el equipo que conforma el programa de lesiones neurológicas, para llegar a acuerdos de horarios y fechas en las cuales se podrá recolectar la información requerida para la investigación en los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

Llegada las fechas indicadas se les informara a los pacientes que previamente ya han cumplido los criterios de inclusión, sobre el objetivo del estudio y se les solicitara la firma del consentimiento informado ya sea por el mismo paciente o el acompañante, para continuar con el posterior inicio a la aplicación de los cuestionarios SMAN v1.0 y el Índice de Barthel, respetando los protocolos de bioseguridad basándonos en el distanciamiento social, uso de mascarilla y protector facial.

Los datos obtenidos, procederán a ser llenados en una base de datos en el programa Excel, luego serán procesados por el programa estadístico SPSS Versión 23. Los datos que se obtendrán en la estadística descriptiva serán las frecuencias y porcentajes acerca de la edad, sexo, tipo de lesión y tiempo de tratamiento siendo presentados a través de tablas y gráficos para ser analizadas e interpretadas.

Para hallar el grado de correlación de las variables, adherencia al proceso de rehabilitación e independencia funcional, y así comprobar la afirmación o negación que se

realizan en las hipótesis, siendo las variables de estudio de tipo cualitativa se utilizará la prueba de correlación de Chi cuadrado.

3.9. Aspectos éticos

La presente investigación contará con la aprobación del comité de ética de la universidad para su ejecución, previamente habrá sido sometido al software antiplagio Turnitin, que garantiza el nivel de originalidad del proyecto y la similitud, así como también el permiso de autorización otorgado por la institución donde se realizará el recojo de los datos. Esta investigación respetara los principios bioéticos como:

- No maleficencia, ya que no se realizará ningún procedimiento que pueda hacer daño a los participantes del estudio.
- Autonomía, solo serán participes de la investigación todos aquellos que acepten colaborar con el estudio, a través de un consentimiento informado que deberá ser firmado por cada participante, huella digital en caso no puedan firmar o la firma del acompañante. (Anexo 6)
- Confidencialidad, los resultados obtenidos serán de índole confidencial. Por otro lado, los participantes serán registrados a través de un código, salvaguardando sus datos personales según lo que refiere la ley N°29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”).

Finalmente, la presente investigación respetara la declaración de Helsinki, dada por la Asociación Médica Mundial (2013), donde se promueve que la base en todo el proceso de una investigación en seres humanos es velar por la salud e integridad de los participantes.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

4.2. Cronograma de actividades	2020		2021								2022	
	Noviembre	Diciembre	Marzo	Abril	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
I. PLANIFICACION												
Elaboración del protocolo	X											
Identificación del problema	X											
Formulación del problema	X											
Recolección bibliográfica		X										
Antecedentes del problema		X										
Elaboración del marco teórico			X									
Objetivos e hipótesis			X									
Variables y operacionalización				X								
Validación y aprobación del asesor de tesis					X							
Presentación del proyecto de investigación a la EAPTM					X							
II. EJECUCION												
Validación de instrumentos				X								
Juicio de expertos				X								
Prueba piloto						X						
Plan de recolección de datos						X						
Recolección de datos - Encuesta							X	X	X	X		
Elaboración de la base de datos										X		
Digitación de datos										X		
Elaboración de los resultados										X		
Análisis de la información y Discusión de resultados										X		

III. INFORME FINAL													
Preparación de informe preliminar												X	
Preparación de informe definitivo												X	
Presentación final de la tesis a la EAPTM												X	
IV. PUBLICACIÓN Y DIFUSIÓN													
Publicación													X
Difusión													X

4.2. Presupuesto

4.2.1. Recursos Humanos:

Nº	Especificación	Cantidad	Costo unitario / por mes	Costo total (Costo unitario x N° de meses que dure la investigación)
1	Investigador	1	200.00	2000
2	Asesores	2	150	1200
3	Estadístico	1	300	300.00
	SUB –TOTAL			3500.00

4.2.2. Bienes

Nº	Especificación	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Hojas Bond	1 millar	20.00	20.00
2	Lapiceros	3 cajas	15.00	45.00
3	Impresiones	500	0.20	100.00
4	Grapas	2 cajas	3.00	3.00
5	Engrampadora	2	14.00	14.00
6	Copias	400	0.10	40.00
7	Sobres manilas	20	0.50	10.00
8	Cuaderno chico	2	2.50	5.00
9	Mascarillas Kn95	5 cajas	15	75.00
10	Batas descartables	50	7	350.00
11	Protectores faciales	10	4	40.00
12	Alcohol gel	4	16	64.00
	SUB –TOTAL			766.00

4.2.3. Servicios

N°	Especificación	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Llamadas celulares		30.00	30.00
2	Pasajes		150.00	150.00
3	Horas de internet	6	100.00	600.00
4	Empastado	3	15.00	45.00
5	Otros		50.00	50.00
	SUB -TOTAL			875.00

Bienes + Servicios	Total
3500 + 766 + 875	5141

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Markus HS, Brainin M, Fisher M. Seguimiento de la carga global de avivamiento y demencia: Día mundial del accidente cerebrovascular 2020. Revista internacional de accidente cerebrovascular. 2020; 15 (8): 817-818. Disponible en: doi 10.1177/1747493020959186
- 2.- Feigin, V, Brainin, M. Reducir la carga del accidente cerebrovascular: oportunidades y mecanismos. Int J Stroke 2019; 14: 761 – 762. Disponible en: doi 10.1177/1747493019874718
- 3.- Atamari-Anahui, N., Alva-Díaz, C., Vera-Monge, V., & Taype-Rondan, A. (2019). Tendencia de mortalidad por enfermedad cerebrovascular registrada por el Ministerio de Salud de Perú, 2005-2015. Neurología Argentina. Disponible en: doi 10.1016/j.neuarg.2019.07.001
- 4.- Khoshbakht Pishkhani, M., Dalvandi, A., Ebadi, A., & Hosseini, M. (2019). Factors affecting adherence to rehabilitation in Iranian stroke patients: A qualitative study. Journal of Vascular Nursing, 37(4), 264–271. Disponible en: doi 10.1016/j.jvn.2019.07.001
- 5.- Quiroz CA. Instrumento para evaluar adherencia de personas adultas a procesos de neurorrehabilitación funcional basado en las dimensiones propuestas de la Organización Mundial de la Salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(1): 52-61
- 6.- Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. Actualizado en mayo 2017. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
- 7.- Galeano N., Factores asociados a la Independencia funcional alcanzada en pacientes hospitalizados con evento cerebro vascular en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría durante el periodo de enero 2012 a diciembre 2014. [Tesis para optar el grado de especialista

en Medicina Física y Rehabilitación].Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.2016. Disponible en : <https://repositorio.unan.edu.ni/3645/>

8.- López L, Camarot T. Aspectos epidemiológicos y funcionales de una población de adultos con ataque cerebro vascular asistidos en la Cátedra de rehabilitación y medicina física – Hospitales de Clínicas – Dr. Manuel Quintela. Facultad Med. (Universidad Repub Urug.). 2014;1(1):80-7. Disponible en : <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/72>

9.- Dávalos L., Málaga G. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente y desatendida [carta]. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2014; 31(2): 400-1

10.- Málaga G, De la Cruz-Saldaña T, Busta – Flores P. Carbajal A, Santiago – Mariaca K. La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica. Acta Med. Perú. 2018, 35(1): 51 – 4

11.- Libertad de los Ángeles M., Grau J., Espinoza A. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Revista cubana Salud Publica, 40(2): 222 – 235, disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S086434662014000200007&lng=es>.

12.-Girarte Y. La adherencia terapéutica. Rev. Cubana Med Gen Integr 2001. 17(5): 502 – 505. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es>

13.-Casanova A. La adherencia al tratamiento en fisioterapia: Revisión bibliográfica. [Trabajo de fin de grado]. España: Universidad de la laguna .2016. Disponible en : <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/3643>

14- Babbar P, Kumar K, Joshua P, Chakrapani M, Misri Z. Adherencia al programa de ejercicios de neuro-rehabilitación en el hogar en sobrevivientes de accidentes

cerebrovasculares. BJMS; 20 (1): 145-53. Disponible en:
<https://www.banglajol.info/index.php/BJMS/article/view/50361>

15.- Salselas, S. C. S. B., López-Espuela, F., Gomes, M. J. A., Preto, L. S. R., & Rico-Martin, S. Neurorehabilitation and its impact on functional status in patients who have suffered a stroke. Revista Científica de La Sociedad de Enfermería Neurológica.2020 (English Ed.). Disponible en : doi:10.1016/j.sedeng.2020.01.002

16.- Visueti R. Factores asociados a falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico, en pacientes de 20 - 69 años, Policlínica Pediátrica Dr. Manuel Ferrer Valdés, 2017. [Tesis para optar el grado de maestro en Salud Publica].Panamá. Universidad de Panamá. 2019. Disponible en : <http://up-rid.up.ac.pa/1777/1/rosa%20visueti.pdf>

17.- Miller, KK, Porter, RE, DeBaun-Sprague, E., Van Puymbroeck, M. y Schmid, AA. Ejercicio después de un accidente cerebrovascular: adherencia y creencias del paciente después del alta de la rehabilitación. Temas de rehabilitación de accidentes cerebrovasculares.2016. 24 (2), 142-148. Doi: 10.1080/10749357.2016.1200292

18.- Henao –Iema CP, Pérez- Parra JE. Adherencia a procesos de neurorrehabilitacion funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos colombianos con lesión medular. Rev. Fac. Med. 2016, 64: S69-77. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.64n3Supl1.58937>.

19.- Yepes Y., Wess Y., Adherencia a procesos de neurorrehabilitacion funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos con lesión medular en la ciudad de Cartagena. [Tesis para optar el grado de Maestría en neurorrehabilitacion]. Colombia.

Universidad Autónoma de Manizales. 2015. Disponible en : http://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/278/1/Adherencia_procesos_neurorrehabilitaci%c3%b3n_%20funcional_relaci%c3%b3n_discapacidad_calidad_vida_adultos_lesi%c3%b3n_medular_ciudad_Cartagena_2014.pdf

20.- Salinas V. Adherencia de los Pacientes en Fase Post-Aguda a Consejos de Fisioterapia: Magnitud y Factores Asociados. Universidad de Murcia. [Tesis para optar el grado de doctor].España. Universidad de Murcia.2013. Disponible en : <https://tesisenred.net/handle/10803/128868#page=1>

21.- Toribio C., Impacto de la fisioterapia sobre la dependencia funcional en pacientes con accidente cerebrovascular tipo hemipléjico en el Hospital central de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz en el año 2019. [Tesis para optar el título de Médico cirujano]. Perú. Universidad Ricardo Palma. 2020. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3000/CTORIBIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

22.- Ortiz O., Santos K. Logro de la independencia funcional de los pacientes con accidente cerebro vascular tipo hemipléjico post tratamiento fisioterapéutico en un hospital de rehabilitación de lima, periodo enero a junio del 2017. [Tesis para optar segunda especialidad en neurorrehabilitacion].Peru.Universidad Norbert Wiener. 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1787>

23.- García-Alfonso C, Martínez Reyes A, García V, Ricaurte-Fajardo A, Torres I, Coral J. Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. Univ. Med. 2019;60(3).Disponible en : <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-3.actu>

24.- Vásquez M. Factores relacionados a una mayor recuperación funcional tras sufrir un accidente cerebrovascular. [Tesis doctoral]. España. Universidad da Coruña.2017. Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=121181>

- 25.- Lizano Salas M, Mc Donald Molina C, Tully Sancho S. Fisiopatología de la cascada isquémica y su influencia en la isquemia cerebral. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de agosto de 2020;5(8): e555. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i8.555>
- 26.-Vásquez F. Secuelas y grado de Dependencia de pacientes adultos con ictus isquémicos según la localización topográfica. Hospital general de la plaza de la salud. [Tesis para optar el grado de Doctor en Medicina].Republica Dominicana. Universidad Nacional Pedro Enríquez Ureña. .2019. Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.co/handle/11182/278>
- 27.- Guzmán S. YR, Estrada Z. OL, Tejada M. PA, Crespo O. Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación. RFS [Internet]. 11 de enero de 2010;2(1):39-0. Disponible en: <https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/28>
- 28.- Ramos Morales Luisa Estela. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev. Cubana Angiol CirVasc [Internet]. 2015; 16(2): 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es.
- 29.- Reyes E., Trejo R. Arguijo S., Jiménez A., Castillo A., Hernández A., Mazzoni L. Adherencia Terapéutica: Conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Lilacs. [Internet]. 2016. 84(3):125-132. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
- 30.- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo.2004 Ene.1-202.
- 31- FRANCES BASSETT S. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. NZ Journal of Physiotherapy. 2003; 31(2): 60-66. Disponible en : https://www.researchgate.net/publication/284411604_The_assessment_of_patient_adherence_to_physiotherapy_rehabilitation

- 32.- Sanhueza M, Castro M, Merino J. Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería* 2005; 11 (2): 17-21. Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004
- 33.- Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago; 2009.
34. Muñoz Silva Carolina A, Rojas Orellana Pedro A, Marzuca-Nassr Gabriel N. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Rev. Méd. Chile.* 2015 Mayo;143 (5): 612-618. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000500009>
- 35.- Bermejo F., Porta J., Díaz J., Martínez P. Más de Cien Escalas en Neurología. Madrid: Aula Medica Ediciones; 2008. Disponible en : http://www.neuroloxia.com/wp-content/uploads/2009/06/escalas_en_neurologia_marzo.pdf
- 36.- Garcés Vieira MV, Suarez Escudero JC. Neuroplasticity: Biochemical and neurophysiological aspects. *Rev. CES Med.* 2014; 28(1): Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/2748>
- 37.- Álvarez A., Palomino B., Jiménez L. Contribución de la rehabilitación en pacientes de la unidad de ictus en términos de discapacidad y calidad de vida. [Tesis para optar grado de Doctor]. España. Universidad Complutense de Madrid. 2018. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/50298/>
38. - Legg L, Langhorne P. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. *Lancet* 2004; 363:352-356. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15070563/>
- 39.-Bernal, C. Metodología de la investigación para administración, economía y ciencias sociales (3da ed.). México: Pearson Educación 2016

- 40.- Hernández, Fernández y Bautista. Metodología de la investigación .5ta Ed: Mc.Graw-Hill.2010.4p
- 41.- Murillo W. La investigación científica. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Inmunología de Colombia. 2010.
- 42.- Hurtado J. Metodología de la investigación holística. 2da Ed. Fundación Sypal.2000.
- 43.- Soto R. La tesis de maestría y doctorado en 4 pasos. Diagraf.2013
- 44.- Organización Mundial de la salud. El envejecimiento desde un enfoque de determinantes sociales. 9p.
- 45.- Hernández, Fernández, y Bautista. Metodología de la Investigación. 6ta edición. México: Edamposa impresiones S.A.2014.217p
- 46.- Carrasco, S. Metodología de la investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación. Lima, Perú: San Marcos.2005.336p
47. Arispe C., Yangali J., Guerrero M., Lozada O., Acuña L., Arellano C. La investigación Científica, una aproximación para los estudios de post grado. Universidad internacional de Ecuador.1era Ed.2020. 79p
- 48.- Canales F., Alvarado E., Pineda E. Metodología de la Investigación Manual para el Desarrollo del Personal de Salud (II). Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
- 49.- Ruzafa J, Moreno J. Valoración de la discapacidad física: Índice de Barthel. Rev. Esp Salud Pública 1997 71: 177-137. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general: ¿Cuál es el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular en la provincia de Huaral en el periodo de setiembre a diciembre, 2021?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuál es el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular según la edad, en la provincia de Huaral en el periodo de setiembre a diciembre, 2021?</p> <p>¿Cuál es el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular según el sexo, en la provincia de Huaral en el periodo de setiembre a diciembre, 2021?</p> <p>¿Cuál es el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular según tipo de lesión, en la provincia de Huaral en el periodo de setiembre a diciembre, 2021?</p> <p>¿Cuál es el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional según el tiempo en procesos de neurorehabilitación, en la provincia de Huaral en el periodo de setiembre a diciembre, 2021?</p>	<p>Objetivo general: Establecer el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.</p> <p>Objetivos específicos: Determinar el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional según la edad en pacientes adultos con accidente cerebro vascular</p> <p>Determinar el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional según el sexo en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.</p> <p>Determinar el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional según el tipo de lesión en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.</p> <p>Determinar el nivel de relación entre adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional según el tiempo en procesos de neurorehabilitación en pacientes adultos con accidente cerebro vascular</p>	<p>Hipótesis general Hi: Existe relación entre la adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.</p> <p>Ho: No existe relación entre la adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.</p> <p>Hipótesis específicas Hi: Existe relación entre la adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional según la edad en pacientes adultos con accidente cerebro vascular</p> <p>Hi: Existe relación entre la adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional según el sexo en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.</p> <p>Hi: Existe relación entre la adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional según el tipo de lesión en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.</p> <p>Hi: Existe relación entre la adherencia al proceso de neurorehabilitación y la independencia funcional según el tiempo en procesos de neurorehabilitación en pacientes adultos con accidente cerebro vascular.</p>	<p>Variable 1: Adherencia al proceso de neurorehabilitación</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Socioeconómicos - Relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria - Relacionados con la rehabilitación - Relacionados con la discapacidad - Relacionados al paciente <p>Variable 2: Independencia funcional</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Ducharse / Bañarse - Vestido - Arreglo personal - Deposición - Micción - Ir al retrete - Traslado de cama/ sillón - Deambulacion - Subir y bajar escaleras <p>Variables intervinientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Tipo de lesión - Tiempo en proceso de neurorehabilitación (19). 	<p>Método de la investigación Hipotético – deductivo</p> <p>Enfoque de la investigación Enfoque Cuantitativo</p> <p>Tipo de la investigación Tipo aplicada</p> <p>Alcance: Descriptivo correlacional.</p> <p>Diseño de la investigación Diseño no experimental - transversal</p> <p>Población - Muestra: Población: La población de estudio estará conformada por 60 pacientes post accidente cerebro vascular que acudirán al servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el periodo de setiembre a diciembre, 2021.</p> <p>Muestra: La muestra del estudio se seleccionará al 100% de la población y que cumplan los criterios de inclusión</p>

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CODIGO DEL PACIENTE:

Técnica: Encuesta

Por favor se sugiere contestar las siguientes preguntas, tomándose el tiempo necesario de 15 minutos a 20 minutos para responder y marcar con un aspa (x) la respuesta que más se asemeje a usted

1.- GENERO:

2.- EDAD:

- Femenino ()
- Masculino ()

3.- TIPO DE ACV

- Isquémico ()
- Hemorrágico ()

4.- TIEMPO EN PROCESOS DE NEURORREHABILITACIÓN:

..... meses

Anexo 3: SMAN v1.0

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA DE PERSONAS ADULTAS A PROCESOS DE NEUROREHABILITACION FUNCIONAL A LARGO PLAZO

SMAN 1.0

INSTRUCCIONES

A continuación, se presenta una serie de preguntas las cuales deberá usted responder con (X) la respuesta que crea conveniente:

SMAN v 1.0						
FACTOR	PREGUNTA	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
SOCIOECONOMICO	Mi estado socioeconómico favorece mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.					
	Los programas y servicios de apoyo social con las que cuento favorecen mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.					
	Independiente de las creencias que tengan otras personas sobre mi enfermedad y su tratamiento, sigo mi proceso de rehabilitación como me lo indican.					
	Sea cual sea mi situación familiar actual, continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.					
SISTEMA DE ASISTENCIA SANITARIA	Los servicios de salud a los cuales tengo acceso, facilitan mi proceso de rehabilitación					
	El conocimiento y preparación por parte de los profesionales que me asisten, contribuyen positivamente en mi proceso de rehabilitación					
	Me han suministrado información y capacitación sobre mi condición de salud y me han hecho un adecuado seguimiento a mi situación de discapacidad.					
	El personal que me atiende se preocupa por mi permanencia en mi proceso de rehabilitación					

RELACIONADOS A LA NEURORREHABILITACION	Recibo las sesiones de rehabilitación necesarias desde las diferentes profesiones para cumplir satisfactoriamente mi proceso de rehabilitación					
	Soy constante en mi asistencia a las sesiones de rehabilitación así se requieran cambios en las diferentes intervenciones que se me realizan					
	A pesar que en ocasiones no se evidencien resultados inmediatos en mi condición funcional, sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación					
	A pesar de los posibles efectos colaterales de los tratamientos, continúo asistiendo a ellos.					
RELACIONADO CON LA DISCAPACIDAD	A pesar de mi grado actual de limitación física continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.					
	Independiente de la progresión de mi deficiencia neurológica continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación					
	Si se sospecha que mi condición neurológica es grave, hago todo lo que esté a mi alcance para continuar asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación					
	Así se presenten trastornos de salud adicionales a los que padezco, sigo					

	asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación					
RELACIONADOS CON EL PACIENTE	Me mantengo motivado en asistir a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación					
	Reconozco la necesidad del tratamiento de rehabilitación					
	Entiendo adecuadamente las instrucciones dadas respecto a mi proceso de rehabilitación					
	Mantengo viva la esperanza y soy positivo frente mi proceso de rehabilitación					

ADHERENCIA FINAL: _____ (Escala de 0 – 100 puntos).

NIVEL DE ADHERENCIA FINAL:

Nula	Baja	Media	Satisfactoria	Alta
------	------	-------	---------------	------

Para calcular la Adherencia final utilice la siguiente fórmula:

$$X = \frac{(\sum \text{items} - 20)}{80}$$

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

Donde, Adherencia final es igual a la sumatoria de los : _____ en, dividido ochenta.

Para determinar el Nivel de Adherencia final utilice la siguiente escala:

Nula	0 – 4 %
Baja	5 – 25 %
Media	26 – 50 %
Satisfactoria	51 – 94 %
Alta	95 – 100 %

Anexo 4: Índice de Barthel

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDICE DE BARTHEL	
ITEMS	VALOR
ALIMENTACION	
Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	10
Necesita ayuda. Para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo	5
Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0
DUCHARSE O BANARSE	
Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.	5
Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	0
VESTIDO	
Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	5
Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	0

ARREGLO PERSONAL	
Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.	5
Dependiente. Necesita alguna ayuda	0
DEPOSICION	
Continente. No presenta episodios de incontinencia.	10
Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	5
Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	0
MICCION	
Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)	10
Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos	5
Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse	0

IR AL RETRETE	
Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	10
Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.	5
Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	0
TRASLADO CAMA /SILLON	
Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	15
Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	10
Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda	5
Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	0

DEAMBULACION	
Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	15
Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador	10
Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión	5
Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona	10
Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	5
Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual de 60	Leve
100	Independiente

Anexo 5. Validación de los instrumentos a través de juicio de expertos



“ADHERENCIA AL PROCESO DE NEURORREHABILITACION Y LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES ADULTOS
CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN HUARAL EN EL PERIODO SETIEMBRE - DICIEMBRE, 2021 “

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: Adherencia al proceso de neurorrehabilitacion							
	DIMENSIÓN 1: Socioeconómico	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Mi estado socioeconómico favorece mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.	X		X		X		
2	Los programas y servicios de apoyo social con las que cuento favorecen mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.	X		X		X		
3	Independiente de las creencias que tengan otras personas sobre mi enfermedad y su tratamiento, sigo mi proceso de rehabilitación como me lo indican.	X		X		X		
4	Sea cual sea mi situación familiar actual, continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Sistema de asistencia sanitaria	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Los servicios de salud a los cuales tengo acceso, facilitan mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
6	El conocimiento y preparación por parte de los profesionales que me asisten, contribuyen positivamente en mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
7	Me han suministrado información y capacitación sobre mi condición de salud y me han hecho un adecuado seguimiento a mi situación de discapacidad.	X		X		X		
8	El personal que me atiende se preocupa por mi permanencia en mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Relacionados a la neurorrehabilitacion	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Recibo las sesiones de rehabilitación necesarias desde las diferentes profesiones para cumplir satisfactoriamente mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
10	Soy constante en mi asistencia a las sesiones de rehabilitación así se requieran cambios en las diferentes intervenciones que se me realizan	X		X		X		
11	A pesar que en ocasiones no se evidencien resultados inmediatos en mi condición funcional, sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X		
12	A pesar de los posibles efectos colaterales de los tratamientos, continúo asistiendo a ellos.	X		X		X		

DIMENSIÓN 4: Relacionados con la discapacidad		Si	No	Si	No	Si	No	
13	A pesar de mi grado actual de limitación física continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.	X		X		X		
14	Independiente de la progresión de mi deficiencia neurológica continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X		
15	Si se sospecha que mi condición neurológica es grave, hago todo lo que esté a mi alcance para continuar asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X		
16	Así se presenten trastornos de salud adicionales a los que padezco, sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X		
DIMENSION 5: Relacionados con el paciente		Si	No	Si	No	Si	No	
17	Me mantengo motivado en asistir a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X		
18	Reconozco la necesidad del tratamiento de rehabilitación	X		X		X		
19	Entiendo adecuadamente las instrucciones dadas respecto a mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
20	Mantengo viva la esperanza y soy positivo frente mi proceso de rehabilitación	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 2: Independencia funcional							
	DIMENSIÓN 1: ALIMENTACIÓN							
1	Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	X		X		X		
2	Necesita ayuda. Para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo	X		X		X		
3	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: DUCHARSE O BAÑARSE							
4	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise	X		X		X		
5	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: VESTIDO							
6	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	X		X		X		
7	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	X		X		X		
8	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	X		X		X		

	DIMENSIÓN 4: ARREGLO PERSONAL	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.	X		X		X		
10	Dependiente. Necesita alguna ayuda rehabilitación	X		X		X		
	DIMENSION 5: DEPOSICION	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Continente. No presenta episodios de incontinencia.	X		X		X		
12	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	X		X		X		
13	Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	X		X		X		
	DIMENSION 6 :MICCION	Si	No	Si	No	Si	No	
14	Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)	X		X		X		
15	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos	X		X		X		
16	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse	X		X		X		
	DIMENSION 7 : IR AL RETRETE	Si	No	Si	No	Si	No	
17	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	X		X		X		
18	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.	X		X		X		
19	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	X		X		X		
	DIMENSION 8 : TRASLADO CAMA /SILLON	Si	No	Si	No	Si	No	
20	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	X		X		X		
21	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	X		X		X		
22	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda	X		X		X		
23	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	X		X		X		

DIMENSION 9 : DEAMBULACION		Si	No	Si	No	Si	No
24	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	X		X		X	
25	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador	X		X		X	
26	Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión	X		X		X	
27	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	X		X		X	
DIMENSION 10 : SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		Si	No	Si	No	Si	No
28	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona	X		X		X	
29	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	X		X		X	
30	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Rojas Rosales, Olga

DNI: 09364491

Especialidad del validador: Metodología / Mg. en Gestión de los servicios de la Salud

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

16 de abril del 2021



Firma del Experto Informante

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: Adherencia al proceso de neurorrehabilitacion							
	DIMENSIÓN 1: Socioeconómico	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Mi estado socioeconómico favorece mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.	X		X		X		
2	Los programas y servicios de apoyo social con las que cuento favorecen mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.	X		X		X		
3	Independiente de las creencias que tengan otras personas sobre mi enfermedad y su tratamiento, sigo mi proceso de rehabilitación como me lo indican.	X		X		X		
4	Sea cual sea mi situación familiar actual, continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Sistema de asistencia sanitaria	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Los servicios de salud a los cuales tengo acceso, facilitan mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
6	El conocimiento y preparación por parte de los profesionales que me asisten, contribuyen positivamente en mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
7	Me han suministrado información y capacitación sobre mi condición de salud y me han hecho un adecuado seguimiento a mi situación de discapacidad.	X		X		X		
8	El personal que me atiende se preocupa por mi permanencia en mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Relacionados a la neurorrehabilitacion	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Recibo las sesiones de rehabilitación necesarias desde las diferentes profesiones para cumplir satisfactoriamente mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
10	Soy constante en mi asistencia a las sesiones de rehabilitación así se requieran cambios en las diferentes intervenciones que se me realizan	X		X		X		
11	A pesar que en ocasiones no se evidencien resultados inmediatos en mi condición funcional, sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X		
12	A pesar de los posibles efectos colaterales de los tratamientos, continúo asistiendo a ellos.	X		X		X		

DIMENSIÓN 4: Relacionados con la discapacidad		Si	No	Si	No	Si	No
13	A pesar de mi grado actual de limitación física continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.	X		X		X	
14	Independiente de la progresión de mi deficiencia neurológica continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
15	Si se sospecha que mi condición neurológica es grave, hago todo lo que esté a mi alcance para continuar asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
16	Así se presenten trastornos de salud adicionales a los que padezco, sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
DIMENSION 5: Relacionados con el paciente		Si	No	Si	No	Si	No
17	Me mantengo motivado en asistir a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
18	Reconozco la necesidad del tratamiento de rehabilitación	X		X		X	
19	Entiendo adecuadamente las instrucciones dadas respecto a mi proceso de rehabilitación	X		X		X	
20	Mantengo viva la esperanza y soy positivo frente mi proceso de rehabilitación	X		X		X	

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 2: Independencia funcional							
	DIMENSIÓN 1: ALIMENTACIÓN							
1	Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	X		X		X		
2	Necesita ayuda. Para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo	X		X		X		
3	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: DUCHARSE O BAÑARSE							
4	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise	X		X		X		
5	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: VESTIDO							
6	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	X		X		X		
7	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	X		X		X		
8	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	X		X		X		

		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 4: ARREGLO PERSONAL							
9	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona...	X		X		X		
10	Dependiente. Necesita alguna ayuda rehabilitación	X		X		X		
	DIMENSION 5: DEPOSICION	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Continente. No presenta episodios de incontinencia.	X		X		X		
12	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	X		X		X		
13	Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	X		X		X		
	DIMENSION 6 :MICCION	Si	No	Si	No	Si	No	
14	Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)	X		X		X		
15	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos	X		X		X		
16	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse	X		X		X		
	DIMENSION 7 : IR AL RETRETE	Si	No	Si	No	Si	No	
17	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	X		X		X		
18	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.	X		X		X		
19	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	X		X		X		
	DIMENSION 8 : TRASLADO CAMA /SILLON	Si	No	Si	No	Si	No	
20	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	X		X		X		
21	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	X		X		X		
22	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda	X		X		X		
23	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	X		X		X		

DIMENSION 9 : DEAMBULACION		Si	No	Si	No	Si	No
24	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	X		X		X	
25	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador	X		X		X	
26	Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión	X		X		X	
27	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	X		X		X	
DIMENSION 10 : SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		Si	No	Si	No	Si	No
28	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona	X		X		X	
29	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	X		X		X	
30	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Palomino Balaguer, Silvia

DNI: 72428451

Especialidad del validador: Temática / Mg. En Gestión de los Servicios de la Salud

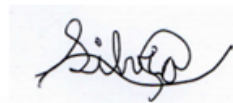
¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

20 de abril del 2021



Lic. Silvia Mercedes Palomino Balaguer
Tecnólogo Médico en Terapia Física
C T M P 11968

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: Adherencia al proceso de neurorrehabilitacion							
	DIMENSIÓN 1: Socioeconómico	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Mi estado socioeconómico favorece mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.	X		X		X		
2	Los programas y servicios de apoyo social con las que cuento favorecen mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.	X		X		X		
3	Independiente de las creencias que tengan otras personas sobre mi enfermedad y su tratamiento, sigo mi proceso de rehabilitación como me lo indican.	X		X		X		
4	Sea cual sea mi situación familiar actual, continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Sistema de asistencia sanitaria	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Los servicios de salud a los cuales tengo acceso, facilitan mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
6	El conocimiento y preparación por parte de los profesionales que me asisten, contribuyen positivamente en mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
7	Me han suministrado información y capacitación sobre mi condición de salud y me han hecho un adecuado seguimiento a mi situación de discapacidad.	X		X		X		
8	El personal que me atiende se preocupa por mi permanencia en mi proceso de	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Relacionados a la neurorrehabilitacion	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Recibo las sesiones de rehabilitación necesarias desde las diferentes profesiones para cumplir satisfactoriamente mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
10	Soy constante en mi asistencia a las sesiones de rehabilitación así se requieran cambios en las diferentes intervenciones que se me realizan	X		X		X		
11	A pesar que en ocasiones no se evidencien resultados inmediatos en mi condición funcional, sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X		
12	A pesar de los posibles efectos colaterales de los tratamientos, continúo asistiendo a ellos.	X		X		X		

DIMENSIÓN 4: Relacionados con la discapacidad		Si	No	Si	No	Si	No
13	A pesar de mi grado actual de limitación física continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.	X		X		X	
14	Independiente de la progresión de mi deficiencia neurológica continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
15	Si se sospecha que mi condición neurológica es grave, hago todo lo que esté a mi alcance para continuar asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
16	Así se presenten trastornos de salud adicionales a los que padezco, sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
DIMENSION 5: Relacionados con el paciente		Si	No	Si	No	Si	No
17	Me mantengo motivado en asistir a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
18	Reconozco la necesidad del tratamiento de rehabilitación	X		X		X	
19	Entiendo adecuadamente las instrucciones dadas respecto a mi proceso de rehabilitación	X		X		X	
20	Mantengo viva la esperanza y soy positivo frente mi proceso de rehabilitación	X		X		X	

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 2: Independencia funcional							
	DIMENSIÓN 1: ALIMENTACIÓN							
1	Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	X		X		X		
2	Necesita ayuda. Para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo	X		X		X		
3	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: DUCHARSE O BAÑARSE							
4	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise	X		X		X		
5	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: VESTIDO							
6	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	X		X		X		
7	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	X		X		X		
8	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	X		X		X		

		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 4: ARREGLO PERSONAL							
9	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.	X		X		X		
10	Dependiente. Necesita alguna ayuda rehabilitación	X		X		X		
	DIMENSION 5: DEPOSICION	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Continente. No presenta episodios de incontinencia.	X		X		X		
12	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	X		X		X		
13	Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	X		X		X		
	DIMENSION 6 :MICCION	Si	No	Si	No	Si	No	
14	Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)	X		X		X		
15	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos	X		X		X		
16	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse	X		X		X		
	DIMENSION 7 : IR AL RETRETE	Si	No	Si	No	Si	No	
17	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	X		X		X		
18	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.	X		X		X		
19	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	X		X		X		
	DIMENSION 8 : TRASLADO CAMA /SILLON	Si	No	Si	No	Si	No	
20	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	X		X		X		
21	Minima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	X		X		X		
22	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda	X		X		X		
23	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	X		X		X		

DIMENSION 9 : DEAMBULACION		Si	No	Si	No	Si	No
24	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	X		X		X	
25	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador	X		X		X	
26	Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión	X		X		X	
27	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	X		X		X	
DIMENSION 10 : SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		Si	No	Si	No	Si	No
28	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona	X		X		X	
29	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	X		X		X	
30	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Valerio Contreras, Néida Luz

DNI: 10696814

Especialidad del validador: Temática / Mg. En Gestión Pública.

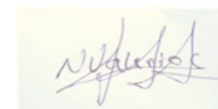
¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

21 de abril del 2021



Firma del experto informante

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: Adherencia al proceso de neurorrehabilitacion							
	DIMENSIÓN 1: Socioeconómico	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Mi estado socioeconómico favorece mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.	X		X		X		
2	Los programas y servicios de apoyo social con las que cuento favorecen mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.	X		X		X		
3	Independiente de las creencias que tengan otras personas sobre mi enfermedad y su tratamiento, sigo mi proceso de rehabilitación como me lo indican.	X		X		X		
4	Sea cual sea mi situación familiar actual, continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Sistema de asistencia sanitaria	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Los servicios de salud a los cuales tengo acceso, facilitan mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
6	El conocimiento y preparación por parte de los profesionales que me asisten, contribuyen positivamente en mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
7	Me han suministrado información y capacitación sobre mi condición de salud y me han hecho un adecuado seguimiento a mi situación de discapacidad.	X		X		X		
8	El personal que me atiende se preocupa por mi permanencia en mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Relacionados a la neurorrehabilitacion	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Recibo las sesiones de rehabilitación necesarias desde las diferentes profesiones para cumplir satisfactoriamente mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
10	Soy constante en mi asistencia a las sesiones de rehabilitación así se requieran cambios en las diferentes intervenciones que se me realizan	X		X		X		
11	A pesar que en ocasiones no se evidencien resultados inmediatos en mi condición funcional, sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X		
12	A pesar de los posibles efectos colaterales de los tratamientos, continúo asistiendo a ellos.	X		X		X		

DIMENSIÓN 4: Relacionados con la discapacidad		Si	No	Si	No	Si	No
13	A pesar de mi grado actual de limitación física continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.	X		X		X	
14	Independiente de la progresión de mi deficiencia neurológica continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
15	Si se sospecha que mi condición neurológica es grave, hago todo lo que esté a mi alcance para continuar asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
16	Así se presenten trastornos de salud adicionales a los que padezco, sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
DIMENSION 5: Relacionados con el paciente		Si	No	Si	No	Si	No
17	Me mantengo motivado en asistir a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
18	Reconozco la necesidad del tratamiento de rehabilitación	X		X		X	
19	Entiendo adecuadamente las instrucciones dadas respecto a mi proceso de rehabilitación	X		X		X	
20	Mantengo viva la esperanza y soy positivo frente mi proceso de rehabilitación	X		X		X	

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Variable 2: Independencia funcional								
DIMENSIÓN 1: ALIMENTACIÓN								
1	Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	X		X		X		
2	Necesita ayuda. Para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo	X		X		X		
3	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: DUCHARSE O BAÑARSE								
4	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise	X		X		X		
5	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: VESTIDO								
6	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	X		X		X		
7	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	X		X		X		
8	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	X		X		X		

		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 4: ARREGLO PERSONAL							
9	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona...	X		X		X		
10	Dependiente. Necesita alguna ayuda rehabilitación	X		X		X		
	DIMENSION 5: DEPOSICION	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Continente. No presenta episodios de incontinencia.	X		X		X		
12	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	X		X		X		
13	Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	X		X		X		
	DIMENSION 6 :MICCION	Si	No	Si	No	Si	No	
14	Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)	X		X		X		
15	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos	X		X		X		
16	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse	X		X		X		
	DIMENSION 7 : IR AL RETRETE	Si	No	Si	No	Si	No	
17	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	X		X		X		
18	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.	X		X		X		
19	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	X		X		X		
	DIMENSION 8 : TRASLADO CAMA /SILLON	Si	No	Si	No	Si	No	
20	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	X		X		X		
21	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	X		X		X		
22	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda	X		X		X		
23	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	X		X		X		

DIMENSION 9 : DEAMBULACION		Si	No	Si	No	Si	No
24	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	X		X		X	
25	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador	X		X		X	
26	Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión	X		X		X	
27	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	X		X		X	
DIMENSION 10 : SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		Si	No	Si	No	Si	No
28	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona	X		X		X	
29	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	X		X		X	
30	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Benavente Montoro, Zoila Patricia

DNI: 80507844

Especialidad del validador: Temática / Mg. En Gestión Pública.

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

19 de abril del 2021



Firma del experto informante

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: Adherencia al proceso de neurorrehabilitacion							
	DIMENSIÓN 1: Socioeconómico	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Mi estado socioeconómico favorece mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.	X		X		X		
2	Los programas y servicios de apoyo social con las que cuento favorecen mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.	X		X		X		
3	Independiente de las creencias que tengan otras personas sobre mi enfermedad y su tratamiento, sigo mi proceso de rehabilitación como me lo indican.	X		X		X		
4	Sea cual sea mi situación familiar actual, continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Sistema de asistencia sanitaria	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Los servicios de salud a los cuales tengo acceso, facilitan mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
6	El conocimiento y preparación por parte de los profesionales que me asisten, contribuyen positivamente en mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
7	Me han suministrado información y capacitación sobre mi condición de salud y me han hecho un adecuado seguimiento a mi situación de discapacidad.	X		X		X		
8	El personal que me atiende se preocupa por mi permanencia en mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Relacionados a la neurorrehabilitacion	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Recibo las sesiones de rehabilitación necesarias desde las diferentes profesiones para cumplir satisfactoriamente mi proceso de rehabilitación	X		X		X		
10	Soy constante en mi asistencia a las sesiones de rehabilitación así se requieran cambios en las diferentes intervenciones que se me realizan	X		X		X		
11	A pesar que en ocasiones no se evidencien resultados inmediatos en mi condición funcional, sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X		
12	A pesar de los posibles efectos colaterales de los tratamientos, continúo asistiendo a ellos.	X		X		X		

DIMENSIÓN 4: Relacionados con la discapacidad		Si	No	Si	No	Si	No
13	A pesar de mi grado actual de limitación física continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.	X		X		X	
14	Independiente de la progresión de mi deficiencia neurológica continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
15	Si se sospecha que mi condición neurológica es grave, hago todo lo que esté a mi alcance para continuar asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
16	Así se presenten trastornos de salud adicionales a los que padezco, sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
DIMENSION 5: Relacionados con el paciente		Si	No	Si	No	Si	No
17	Me mantengo motivado en asistir a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación	X		X		X	
18	Reconozco la necesidad del tratamiento de rehabilitación	X		X		X	
19	Entiendo adecuadamente las instrucciones dadas respecto a mi proceso de rehabilitación	X		X		X	
20	Mantengo viva la esperanza y soy positivo frente mi proceso de rehabilitación	X		X		X	

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	Variable 2: Independencia funcional							
	DIMENSIÓN 1: ALIMENTACIÓN	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	X		X		X		
2	Necesita ayuda. Para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo	X		X		X		
3	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: DUCHARSE O BAÑARSE	Si	No	Si	No	Si	No	
4	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise	X		X		X		
5	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: VESTIDO	Si	No	Si	No	Si	No	
6	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	X		X		X		
7	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	X		X		X		
8	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	X		X		X		

		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 4: ARREGLO PERSONAL							
9	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona...	X		X		X		
10	Dependiente. Necesita alguna ayuda rehabilitación	X		X		X		
	DIMENSION 5: DEPOSICION	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Continente. No presenta episodios de incontinencia.	X		X		X		
12	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	X		X		X		
13	Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	X		X		X		
	DIMENSION 6 :MICCION	Si	No	Si	No	Si	No	
14	Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)	X		X		X		
15	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos	X		X		X		
16	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse	X		X		X		
	DIMENSION 7 : IR AL RETRETE	Si	No	Si	No	Si	No	
17	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	X		X		X		
18	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.	X		X		X		
19	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	X		X		X		
	DIMENSION 8 : TRASLADO CAMA /SILLON	Si	No	Si	No	Si	No	
20	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	X		X		X		
21	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	X		X		X		
22	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda	X		X		X		
23	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	X		X		X		

	DIMENSION 9 : DEAMBULACION	Si	No	Si	No	Si	No	
24	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	X		X		X		
25	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador	X		X		X		
26	Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión	X		X		X		
27	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	X		X		X		
	DIMENSION 10 : SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	Si	No	Si	No	Si	No	
28	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona	X		X		X		
29	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	X		X		X		
30	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Cárdenas Oliveros, Juan Carlos

DNI: 25762805

Especialidad del validador: Estadístico – Metodólogo

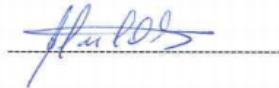
¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

19 de abril del 2021



Firma del experto informante

Anexo 6: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le está invitando a usted a ser parte de estudio de investigación denominado:

“Adherencia al proceso de Neurorehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular en Huaral, 2021 “, con la finalidad que generar nuevos conocimientos en la neurorehabilitación y lograr un abordaje con una visión integral que mejore el nivel de adherencia en los pacientes a su rehabilitación a largo plazo.

Con respecto a los costos o algún incentivo, usted no pagara nada por su participación, ni será beneficiario de ningún incentivo de manera económica.

La participación en este estudio no presenta ningún tipo de riesgo hacia su integridad física o emocional, ya que no serán sometidos a ningún procedimiento.

Procedimientos para la realización de los cuestionarios:

Al aceptar su participación en esta investigación se le realizara múltiples preguntas que deben ser respondidas con sinceridad y la mayor veracidad posible.

La entrevista o encuesta puede tomar como máximo 45 minutos. Los resultados obtenidos serán guardados con códigos y no con nombres, no se podrá mostrar ninguna información que llegue hacia su identificación, estos archivos no podrán ser revisados ni expuestos a personas que no son parte del estudio, todo ello con la intención de guardar la confidencialidad del participante.

Derechos del paciente:

Usted como participante puede tomar la decisión de retirarse en cualquier momento que se esté realizando la encuesta. Si tuviera alguna duda, inquietud o molestia puede comunicarse con la encargada del estudio, la Lic. Katherine Apolinario (teléfono: 957268967), en caso tenga preguntas sobre los aspectos éticos del estudio o tuvo algún trato que es considerado por usted como injusto

puede acudir al Comité institucional de Ética de la universidad, cuyos datos son: teléfono 01- 706 5555 anexo 3286

Finalmente teniendo conocimiento, de lo que se ha descrito anteriormente. Acepto de manera voluntaria ser parte de esta investigación.

Participante:

Nombres:

DNI:

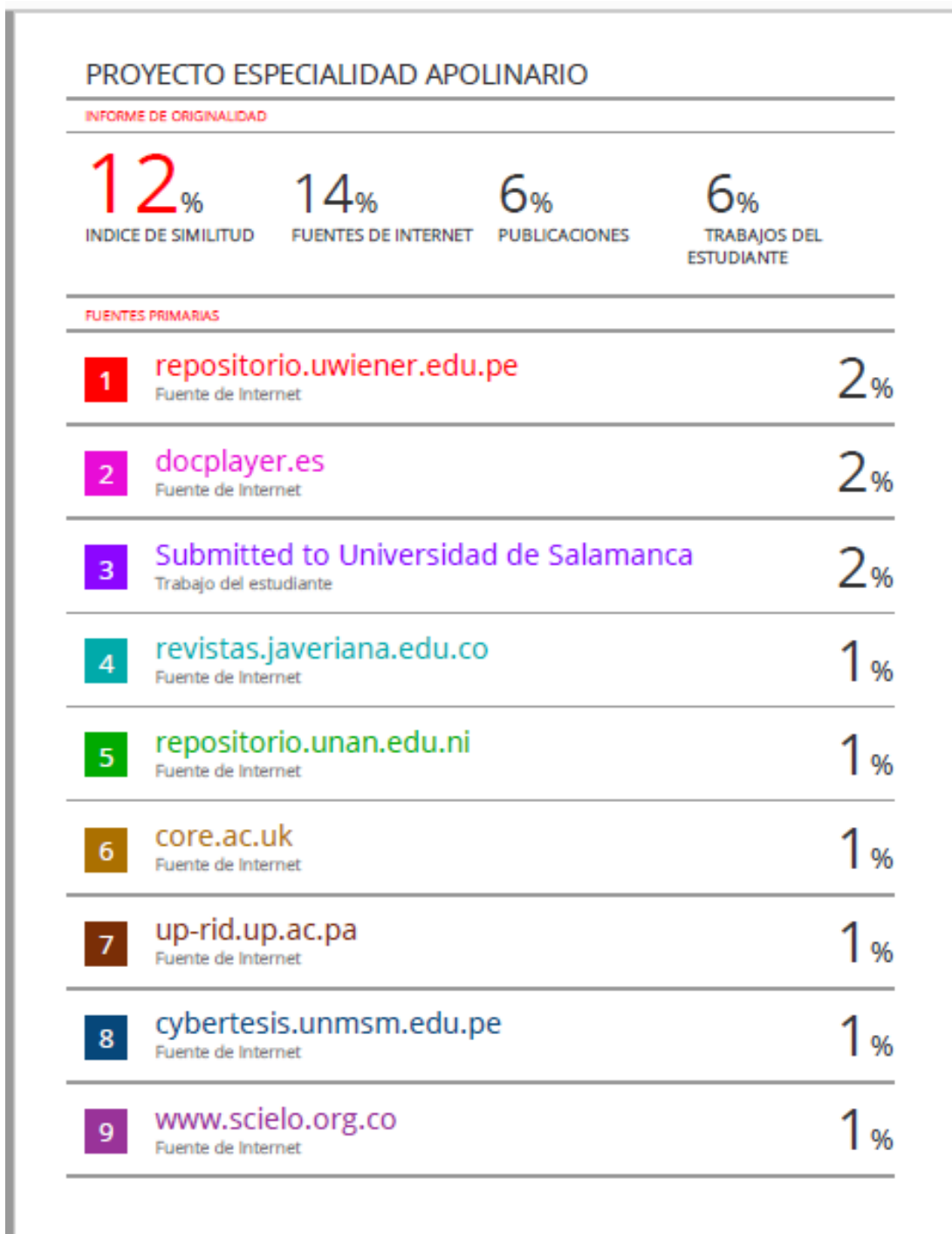
FIRMA :

Investigadora

Katherine Milagros Apolinario Jiménez

DNI: 71563641

Anexo 7: Informe del porcentaje del Turnitin



10 Submitted to Universidad Nacional Autonoma de Chota **1** %
Trabajo del estudiante

11 Susana Catarina Sarmento Banrezes Salselas, Fidel López-Espuela, Maria José Almendra Gomes, Leonel São Romão Preto et al. "Neurorrehabilitación y su impacto en el estado funcional en pacientes que han sufrido un ictus", Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, 2021 **1** %
Publicación

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo