



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN FISIOTERAPIA EN
NEURORREHABILITACIÓN**

Trabajo Académico

Calidad de vida y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un instituto nacional, Lima- Chorrillos, 2025

**Para optar el Título de
Especialista en Fisioterapia en Neurorrehabilitación**

Presentado por:

Autora: Raymundo Arevalo, María Lisbeth


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5400-6867>

Asesor: Dr. Puma Chombo, Jorge Eloy

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8139-1792>

Lima – Perú

2026

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

Yo, RAYMUNDO AREVALO, MARIA LISBETH egresado(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, del Programa Académico de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación, de la **Segunda Especialidad en Fisioterapia en Neurorrehabilitación**, declaro que el trabajo académico “CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR DE UN INSTITUTO NACIONAL, LIMA- CHORRILLOS, 2025” Asesorado por el docente: Dr. Puma Chombo, Jorge Eloy DNI 42717285 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8139-1792> tiene un índice de similitud de 9 (nueve) % con código oid:14912:595464441 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

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



Firma de autor
 Maria Lisbeth Raymundo Arevalo
 DNI: 74861265.



Firma de asesor
 Dr. Puma Chombo, Jorge Eloy
 DNI: 42717285

Lima, 16 de febrero de 2026

1. Autor

1.1. Nombre y apellido: Maris Lisbeth Raymundo Arevalo

1.2. Correo electrónico: a2024804255@uwiener.edu.pe

2. Asesor

2.1. Nombre y apellido: Jorge Eloy Puma Chombo

3. Información Académica

3.1. Facultad de Ciencias de la Salud

3.2. Programa académico de Tecnología Médica – Terapia Física y Rehabilitación

3.3. Fisioterapia en Neurorehabilitación

4. Línea y sub línea de investigación

4.1. Línea: Innovación en salud integral y gestión sanitaria para la mejora de la calidad y equidad en la atención

4.2. Sub línea: Atención recuperativa y/o rehabilitadora

5. Institución en la que se ejecutara el proyecto

Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores” Amistad Perú-Japón.

6. Título del proyecto

Calidad de vida y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025.

7. Resumen

La lesión de la médula espinal (LME) representa una de las afecciones neurológicas más complejas por su impacto físico y psicosocial en los pacientes. Su etiología traumática y no traumática interrumpe total o parcialmente la transmisión de señales nerviosas a nivel de la médula espinal produciendo secuelas neurológicas que influyen negativamente en la movilidad, la sensibilidad y en distintas funciones autónomas. Mundialmente, es un problema de salud pública, representando un gran reto para los sistemas de salud, las familias y el paciente. Por ello, evaluar la calidad de vida y funcionalidad en pacientes con LME se transforma en una herramienta fundamental para entender el gran impacto que produce. El objetivo general es determinar la relación entre la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes con paraplejia completa de un Instituto Nacional, Lima-Chorrillos 2025. Los objetivos específicos incluyen la caracterización sociodemográfica y clínica de los pacientes con LME, así como la identificación de los niveles de calidad de vida y funcionalidad. Este estudio utilizará un enfoque cuantitativo de corte transversal. La población estará conformada por 150 pacientes con LME de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos. Se utilizará el SF 36 y el SCIM II como instrumentos. La confiabilidad se determinará a través de una prueba piloto. Se realizaron técnicas de procesamiento de datos con el programa estadístico SPSS. Este estudio ayudará a conocer la realidad que viven los pacientes con LME para poder formular estrategias de abordaje más especializado, logrando así su máxima independencia y bienestar general. Calidad de Vida, Traumatismos de la Médula Espinal, Paraplejía.

Palabras clave: Calidad de Vida, Traumatismos de la Médula Espinal, Paraplejía.

Abstract

Spinal cord injury (SCI) represents one of the most complex neurological conditions due to its physical and psychosocial impact on patients. Its traumatic and non-traumatic etiologies completely or partially interrupt the transmission of nerve signals at the spinal cord level, producing neurological sequelae that negatively affect mobility, sensation, and various autonomic functions. It is a global public health problem, representing a major challenge for health systems, families, and patients. Therefore, assessing the quality of life and functionality in patients with SCI becomes a fundamental tool for understanding its significant impact. The overall objective is to determine the relationship between quality of life and functionality in patients with complete paraplegia at a National Institute, Lima-Chorrillos 2025. The specific objectives include the sociodemographic and clinical characterization of patients with SCI, as well as the identification of levels of quality of life and functionality. This study will use a cross-sectional quantitative approach. The population will consist of 150 patients with SCI from a National Institute in Lima-Chorrillos. The SF-36 and SCIM II will be used as instruments. Reliability will be determined through a pilot test. Data processing techniques were performed with the SPSS statistical program. This study will help understand the reality experienced by patients with SCI in order to develop more specialized management strategies, thus achieving maximum independence and general well-being.

Keywords: Quality of Life, Spinal Cord Injuries, Paraplegia

8. Contextualización del Problema

8.1. Planteamiento del problema

Una LME es la afección neurológica que desencadena un estado patológico para el individuo, produciendo una importante alteración en la función motora, sensorial y autónoma. Así mismo, es considerada una prioridad sanitaria mundial debido a las secuelas físicas y socioeconómicas que ocasiona en las personas (1,2).

La OMS refirió que, en el 2021 había 15,4 millones de personas con LME, de los cuales el 90% estaban asociadas con una causa traumática como; los accidentes automovilísticos y caídas y el 10% estaban producidas por causas no traumáticas como; los tumores, el mielomeningocele o la tuberculosis. Así mismo refiere que, una LME puede reducir la funcionalidad de las diversas actividades de la vida diaria (AVD) como; caminar, vestirse, lavarse, vaciar fisiológicamente el intestino o la vejiga, etc. La discapacidad de las mismas, se exagera por pensamientos depresivos, conductas pesimistas y barreras arquitectónicas la cual limita considerablemente la calidad de vida (CV) y la independencia de los individuos con LME (3,4). Un estudio realizado en Finlandia refirió que, la independencia funcional está determinada por el nivel neurológico de la lesión, cuanto mayor es el nivel neurológico AIS A, B y C, menor es la funcionalidad y los pacientes con cualquier nivel de lesión de tipo AIS D tienen mayor funcionalidad (5). Asimismo, en España las complicaciones neurológicas, musculoesqueléticas, respiratorias y el dolor neuropático que interfiere con las AVD están relacionadas significativamente con una menor CV en individuos con LME (6). Por otro lado, en África la CV percibida fue mala en el 87,4% de las personas con LME, siendo el desempleo, la presencia de complicaciones y la gravedad de la lesión factores negativos que influyeron en la CV. Además, la capacidad funcional es significativamente mejor en las personas con lesión de nivel lumbar. Del mismo modo, en Israel el nivel de la LME y la valoración obtenida de la Escala de Actividades y Participación de la ICF Brief Core Sets tienen una asociación directa con la CV. Finalmente, en China se encontró que, el deterioro de la CV se relaciona de manera más frecuente con accidentes de vejiga, problemas intestinales y con tener más de una complicación de vejiga. Por ello, la disfunción excretora influye en la CV. (7-9).

En Perú, un estudio realizado en el 2021 refirió que, las principales causas de una LME son de origen traumático y prevalecen las lesiones incompletas. Además, encontró, que el nivel de funcionalidad de los pacientes fue de dependiente y en el componente físico tuvieron una peor CV y en el componente mental tuvieron una mejor CV, concluyendo que existe una correlación entre funcionalidad y CV físico del paciente con LME, pero en relación a la funcionalidad y CV mental, no se encontró correlación (10). Del mismo modo, se desarrolló una investigación en el Instituto Nacional de Rehabilitación la cual evidencio que, al finalizar un programa de intervención, la CV tanto física como mental mejoró en los pacientes con LME (11).

En el Instituto Nacional de Rehabilitación se atiende a pacientes con LME y se observa cotidianamente la interferencia de la CV en la capacidad funcional del paciente. Teniendo en cuenta, además, que hace 6 años no se realiza ningún estudio respecto a la variable de CV resulta importante conocer la realidad que viven actualmente los pacientes con LME en esta institución.

8.2. Formulación del problema

8.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025?

8.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la calidad de vida en la dimensión física en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025?
- ¿Cuál es la calidad de vida en la dimensión mental en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025?
- ¿Cuál es la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre calidad de vida según la dimensión física y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025?

- ¿Cuál es la relación entre calidad de vida según la dimensión mental y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025?

8.3. Justificación

8.3.1. Teórica

La CV es la apreciación que tiene una persona respecto a su bienestar físico, psicológico y social (12)

La funcionalidad es la capacidad que poseen las personas para ejecutar las AVD de manera independiente lo que significa que debe tener la facultad física para desarrollar actividades y roles sociales en su vida cotidiana (13).

La presente investigación pretende transmitir un conocimiento actual de la CV y de la funcionalidad de las personas con LME, que servirá como un antecedente teórico para futuras investigaciones realizadas en la Institución y en otros estudios fuera de ella.

8.3.2. Metodológica

El estudio utilizará instrumentos validados y confiables para la CV el SF36 y para la funcionalidad el SCIM III, ambos instrumentos serán validados por juicio de expertos mediante una ficha realizada por el autor y para medir la confiabilidad se ejecutará una prueba piloto.

8.3.3. Practica

El estudio beneficiará a los pacientes con LME porque se tendrá un abordaje especializado para mejorar su calidad de vida y la funcionalidad a través de programas específicos, talleres, charlas y esto asegurará una rehabilitación integral con menos complicaciones tanto físicas como mentales que potenciará su capacidad funcional y al término de su hospitalización se logrará un mejor prospecto del trabajo realizado.

8.4. Objetivo general y específico

8.4.1. General

- Determinar la relación entre la calidad de vida y la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025.

8.4.2. Específicos

- Identificar la calidad de vida en la dimensión física en pacientes con lesión medular.
- Identificar la calidad de vida en la dimensión mental en pacientes con lesión medular.
- Identificar la funcionalidad en pacientes con lesión medular.
- Identificar la relación entre calidad de vida en la dimensión física y funcionalidad en pacientes con lesión medular.
- Identificar calidad de vida en la dimensión mental y funcionalidad en pacientes con lesión medular.

8.5. Hipótesis

8.5.1. General

- Hi: Existe relación entre la calidad de vida y la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025.
- Ho: No existe relación entre la calidad de vida y la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025.

9. Marco Teórico

9.1. Antecedentes

9.1.1. Internacionales

Richard et al (14) tuvieron como objetivo “determinar la relación entre los diferentes aspectos funcionales y CV después de una lesión traumática de la médula espinal (TSCI)”. Fue un estudio retrospectivo y cohorte prospectivo. Participaron 142 personas con LME traumática aguda. Se utilizaron como instrumentos el SCIM III para funcionalidad y la encuesta WHO-QoL-BREF

para la CV. Los resultados en la subpuntuación de movilidad fue el único aspecto funcional significativamente asociado con todos los dominios de QOL (físico, psicológico, social y ambiental). El sexo femenino mostro una mejor QOL social y ambiental crónica en relación al sexo masculino. El nivel de lesión también intervino en la QOL ambiental. Concluyen que, el entrenamiento de la movilidad en la cama, movilidad con o sin ayudas técnicas, traslados y uso de escaleras debe considerarse relevante en el proceso de rehabilitación para mejorar la QOL crónica después de una TSCI.

Blasco et al (15) tuvieron como objetivo “evaluar la CV y la dependencia de las personas con LME y su correlación, así como los factores relacionados con los mismos”. El estudio fue observacional, transversal, analítico y correlacional. Seleccionó como población y muestra a 99 personas con LME. Los instrumentos utilizados fueron el Índice de Barthel, la escala EQ5D, una ficha de datos sociodemográficos y la escala del dolor EVA. El estudio desarrolló estadísticos descriptivos, ANOVA de un factor y prueba t Student. Se obtuvo que, el 42,1% tenían cuadriplejía, el 57,9% paraplejía y el 53,1% una lesión incompleta. Además, no se hallaron similitudes significativas con relación a paraplejía y cuadriplejía en Índice de Barthel y CV, ni tampoco en relación al nivel de lesión y las mismas. Concluyen que, el nivel de la lesión influye en la independencia de los pacientes con LME, y es un determinante de CV, sin embargo; la independencia, dolor o nivel no afecta a la autopercepción de su CV.

Abu et al (16) tuvieron como objetivo “identificar la capacidad de autocuidado, la CV y sus factores relacionados en personas con LME. Fue un estudio transversal, con 152 pacientes con LME de muestra por conveniencia. Se aplicaron el Índice de Barthel modificado de AVD y la encuesta WHO-QoL-BREF como instrumentos. Alrededor del 55,3% de los participantes informaron una dependencia moderada de otras personas para apoyar su capacidad de autocuidado, el 48,0% informó una buena calidad de vida, el 65,8% estaba satisfecho con su salud después de la LME, y los dominios físico y ambiental recibieron las puntuaciones más altas. Ser del sexo masculino, tener un grado de instrucción más alto, una lesión incompleta, paraplejía y no tener una úlcera por presión predijeron significativamente una CV más alta ($p < .000$). Se concluye que, se requiere cooperación entre las entidades de salud, las

comunidades y las familias para optimizar la funcionalidad de autocuidado y la CV posterior a la LME.

Rahman et al (17) tuvieron como objetivo “determinar el nivel de discapacidad y la CV de las personas con lesión medular al final de su rehabilitación hospitalaria en un centro de rehabilitación en Bangladesh.”. Fue un estudio descriptivo, transversal y correlacional que incluyó a 100 participantes. Utilizaron el WHODAS 2.0 y el WHOQOL-BREF, como instrumentos. La información se analizó a mediante de la prueba de Mann-Whitney-U y la prueba de Kruskal-Wallis. Se obtuvo como resultados que la población en estudio tenía un nivel promedio de discapacidad leve y una buena CV en los dominios de salud física, psicológica y ambiental, sin embargo, presentaron una mala CV en el ámbito sociosanitario. Hubo ciertas desigualdades específicas en varios dominios de WHODAS 2.0 y puntuaciones generales al comparar edad, sexo, tipo y nivel de lesión, ocupación e ingresos. Las comparaciones entre grupos mostraron que los hombres tenían una CV significativamente mayor en el Dominio de Salud Ambiental y aquellos con una lesión parapléjica tenían una CV significativamente mayor con relación al dominio de salud física. Concluyendo que, los pacientes con LME tenían una percepción relativamente positiva del nivel de discapacidad y la CV.

Florian et al (18) tuvieron como objetivo “describir el resultado a largo plazo de la independencia funcional y la CV de las personas con LME traumática e isquémica más allá del primer año después de la lesión. Fue un estudio observacional, correlacional multicéntrico en donde participaron 359 pacientes con LME. El SCIM y la encuesta WHO-QoL-BREF se usaron como instrumentos. Se obtuvo que las puntuaciones SCIM se mantuvieron estables con la excepción del manejo informado de la vejiga y el intestino, lo que resultó en una ligera disminución de SCIM-SR de -2,45 puntos (DE 16,81). Las puntuaciones SCIM-SR mostraron una correlación significativa con los ítems seleccionados del WHO-QoL-BREF ($p < 0,01$) con una influencia moderada a fuerte. Concluyeron que, la estabilidad de la puntuación SCIM a lo largo del tiempo sugiere una transferencia exitosa de las habilidades de independencia adquiridas durante la rehabilitación primaria al entorno comunitario, acompañada de mediciones de CV relacionadas positivamente, pero el manejo de la vejiga y los intestinos puede necesitar atención especial.

9.1.2. Nacionales

Chuquillanqui et al (10) tuvo como objetivo “determinar la relación entre el nivel de funcionalidad y el nivel de CV en pacientes con lesión medular del Hospital Nacional “Luis N. Sáenz” PNP, periodo Febrero - Marzo 2021”. Fue un estudio cuantitativo, un sub diseño transversal correlacional, de método hipotético-deductivo, tipo aplicado, no experimental. Utilizó como instrumentos SCIM III para la funcionalidad y SF36V.2 para CV. La población fue de 80 personas con LME y una muestra de 65. A través del programa SPSS se procesó la información recogida de los instrumentos y la correlación se determinó con el estadístico Rho Spearman. Se obtuvo que el 84.6% de los pacientes fueron del sexo masculino, el 50.8%, estuvieron en la edad comprendida de 51 años a más, el 63.1% fueron casados y el 86.2% fueron titulares. Con respecto a las características clínicas, el 55,4% tuvieron una LME completa, el 72,4% tuvieron paraplejía. Con relación a la causa el 76.9%, tuvieron una etiología traumática, siendo el 43.1% causadas por PAF. Respecto al tiempo de evolución, el 58.5%, tenía de 9 años a más. Los acortamientos musculares (26,4%) y las infecciones urinarias (25.9%) fueron las complicaciones secundarias más frecuentes que se encontraron. Así mismo se obtuvo como p valor =0,046. El estudio concluyó que, existe una correlación directa entre funcionalidad y CV en el componente físico del paciente con LME, sin embargo; con respecto a la funcionalidad y CV en el componente mental, no se encontró correlación.

9.2. Bases teóricas

9.2.1. Lesión medular

La LME se define como una alteración fisiopatológica de origen traumático o no traumático que impacta en la médula espinal (ME) y desencadena cambios en la función motora, sensitiva y autonómica por debajo de la lesión (19). Una LME trae consigo muchas secuelas psicosociales para el individuo y su entorno familiar, convirtiéndose así en una de las principales causas que genera discapacidad (20).

9.2.1.1. Etiología

La LME tiene origen traumático y no traumático. La etiología traumática conforma el 60% de pacientes con LME en países desarrollados (21). Entre el 20

y 60% corresponde a traumas producidos por armas blancas o de fuego (22), entre el 12 y 63% se encuentran los accidentes de tránsito (23), las caídas, los accidentes durante las jornadas laborales o durante la práctica de algún tipo de deporte poseen una incidencia menor (22).

Por otro lado, la etiología no traumática comprende las diversas causas de tipo congénito, tumoral, degenerativo, vascular o inflamatorio, la cual se caracterizan por su complejidad para el abordaje clínico y la necesidad de la intervención terapéutica de diferentes áreas y por tanto significa un gran reto para el equipo multidisciplinario de salud que se involucra en el abordaje clínico rehabilitador (24).

9.2.1.2. Escala y clasificación ASIA

ASIA Impairment Scale (AIS), es la escala que se usa internacionalmente para evaluar la extensión de la LME, la cual se rige por los parámetros de la Asociación Americana de Lesiones Medulares (ASIA) (25). Para poder clasificar la LME se necesita realizar una valoración sistemática de la función tanto sensitiva como motora. En la evaluación sensitiva se realiza la exploración de 28 dermatomas de cada hemicuerpo evaluando la sensibilidad de dolor que produce un pinchazo de aguja en cada uno de ellos y también la sensibilidad táctil superficial del roce de un algodón basado en una medición de 3 puntos; 0 es ausente, 1 es deterioro, 2 es normal. Así mismo, se debe evaluar la sensibilidad anal profunda a través del tacto rectal, la cual se registra como presente o ausente. En la evaluación motora, se hace la exploración de 5 grupos musculares tanto en miembros superiores como inferiores bajo la escala de 0- 5, según la graduación de la Medical Research Council. La flexión de codo, extensión del carpo, extensor de codo, flexión de dedos y abductores del 5° dedo (C5, C6, C7, C8, T1 respectivamente) son evaluados en miembro superior y la flexión de cadera, dorsiflexión de tobillo, extensión de rodilla, extensión del 1° dedo y flexión plantar de tobillo (L2, L3, L4, L5, S1 respectivamente) son valoradas en miembro inferior. Del mismo modo, en esta evaluación motora también se debe realizar el tacto rectal para evaluar la contracción voluntaria del esfínter anal externo y se consigna como ausente o presente (26).

9.2.1.3. Tipo y nivel de lesión

Existen 2 tipos de LME; la completa de tipo A e incompleta que puede ser de tipo B,C,D y E. La función sensitiva y motora están ausentes en el ASIA A, solo la capacidad sensitiva se mantiene conservada por debajo del nivel neurológico (NN) en el ASIA B, la capacidad motora se encuentra conservada por debajo del NN y más del 50% de los grupos musculares clave por debajo del NN poseen una fuerza muscular menor de 3° en el ASIA C, la función motora se conserva por debajo del NN y en al menos el 50% de los grupos musculares clave por debajo del NN tienen de 3 o más grados de fuerza muscular en el ASIA D y la función sensitiva y motora son normales en el ASIA E, (27).

9.2.1.4. Complicaciones

La LME genera diversas complicaciones a nivel de todos los sistemas. A continuación, se mencionan las más comunes que caracterizan a los pacientes con paraplejia. La disreflexia autónoma, es una respuesta refleja excesiva del sistema nervioso simpático (SNS) desencadenada por catéteres obstruidos, sobredistensión de intestinos o vejiga, fracturas, úlceras por presión (UPP) o uñas encarnadas. Esta complicación, se presenta en pacientes con LME por encima de T6 (28). Por otro lado, la hipotensión postural, es el descenso de la presión arterial al colocar al paciente en bipedestación y se produce por la pérdida del control supraespinal del SNS y por su falta de capacidad para regular la presión sanguínea; adicionalmente, se debe también a un retorno venoso deficiente posterior a la parálisis de los miembros inferiores y a su bombeo muscular (29). Así mismo, la espasticidad también es un problema que se encuentra en más del 80% de los pacientes con LME (30). Está presente en pacientes que poseen ilesas las motoneuronas inferiores así que no se manifiesta en LME de la cola de caballo (31). En algunos pacientes, este problema limita su funcionalidad y CV (32). Del mismo modo, la osteoporosis es una complicación importante que predispone al paciente a las fracturas (33). La pérdida del mineral óseo, se debe no solo a la ausencia de cargas y compresión axial sino también a las alteraciones metabólicas, endocrinas, neurológicas y vasculares relacionadas a la LME (34). La osificación heterotópica, se presenta en más del 50% de las personas con LME y es relevante mencionarla porque es una de las principales complicaciones que restringe la movilidad articular y por tanto influye negativamente en la funcionalidad (35).

9.2.2. Calidad de vida

La CV en el sentido filosófico se puede definir como aquello que produce que la vida sea mejor (36). Mientras que, desde otras perspectivas se conceptualiza como el bienestar tanto mental como espiritual, o a la calidad que las personas tienen para relacionarse o el funcionamiento e integridad del cuerpo (37).

La CV que está relacionada con la salud, hace referencia a la percepción que tiene una persona en base a las experiencias subjetivas que giran en torno a su salud global (38).

En 1980 la CV en personas con LME fue definida como satisfacción con la vida, realizándose un estudio en donde se encontró que las personas con LME tenían menor satisfacción en comparación a individuos sin discapacidad sobre todo con énfasis en la ocupación, nivel económico, relaciones sexuales y salud (39).

9.2.2.1. Indicadores de calidad de la CV

El primer indicador es el nivel de vida que hace referencia a las condiciones de vida incluyendo los componentes de la salud, ingesta de los alimentos, aspecto laboral, educación, condiciones laborales, de vivienda, seguridad en la sociedad, tiempo de ocio, vestido y derechos humanos. El segundo indicador hace referencia al social, que está conformado por aquellos componentes de la vida que proporcionan un grado de satisfacción o bienestar al individuo. Y el tercer indicador es el psicosocial, que engloba los aspectos interpersonales relacionados a la vivencia subjetiva de los 2 indicadores antes mencionados (40).

9.2.2.2. Instrumentos de medición para CV

El cuestionario de salud SF-36 V2 fue creado en los 90 en EE.UU. Es una escala utilizada para valorar la CV relacionada con la salud y es apta tanto para pacientes como para la población en general y actualmente está validado internacionalmente (41).

El SF-36 está conformado por 36 ítems, 9 dimensiones agrupadas en 2 componentes. El componente físico conformado por; función física, rol físico, dolor corporal, salud general, estado de transición y el componente mental conformado por; vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Este

instrumento mide la CV en mal o bajo estado de salud y en buen o mejor estado de salud (42).

9.2.3. Funcionalidad

Durante la década de los 80, la funcionalidad, se conocía como un proceso lineal que empezaba con una enfermedad y terminaba con una discapacidad haciendo depender a las personas de alguien (43). Sin embargo, en la actualidad la funcionalidad posee una perspectiva distinta donde las personas pueden cambiar a diversos estadios durante su ciclo vital, por tanto, es considerada un proceso de alta complejidad y dinamismo (44). Así mismo, la funcionalidad se refiere, a la capacidad que posee una persona para desarrollar de manera independiente las ABVD (alimentación, continencia, transferencia, uso de inodoro, vestido y baño) e instrumentales (cocinar, hacer las compras, realizar actividades domésticas) (45).

9.2.3.1. Evaluación de funcionalidad

Existen muchas herramientas de evaluación, para evidenciar las restricciones en las actividades y las limitaciones en la participación; entre ellas se encuentra la Functional Independence Measure (FIM), la Quadriplejic Index of Function y la Spinal Cord Independence Measure (SCIM). Todas evalúan la independencia a través de un rango de ámbitos, la cual muestra los distintos aspectos de las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Por ejemplo, valoran la capacidad para el vestido, el control de esfínteres, realizar transferencias y alimentarse. Algunas fueron diseñadas específicamente para personas con LME y otras se pueden utilizar en todo tipo de lesión (27).

9.2.3.2. Instrumento de medición para la funcionalidad

El SCIM III es una escala utilizada para la valoración de los logros de las AVD de los pacientes con LME. Contiene 19 ítems organizados en 4 dimensiones; autocuidado, respiración y manejo de esfínteres, movilidad (dormitorio y baño) y movilidad (interiores y exteriores en cualquier superficie) y mide la funcionalidad en dependencia completa o total, dependencia modificada parcial, dependiente e independiente. El SCIM III también es un instrumento validado internacionalmente en muchos estudios donde ha demostrado su alto grado de

confiabilidad y validez y actualmente es reconocido como la mejor medida integral disponible para conocer la funcionalidad en pacientes con LME (46).

9.3. Definiciones

Fisiopatología: es el estudio de alteraciones anormales en las funciones del organismo que son la etiología, secuelas o concomitantes de los procesos patológicos. Por ello, tiene como objetivo reconocer marcadores biológicos y mecanismos para pronosticar y explicar los procesos patológicos en términos de etiología y patogénesis (47).

Discapacidad: es la situación de una persona que involucra sus dimensiones físicas o psíquicas y los componentes de la sociedad en que se desenvuelve. Esta genera, innumerables dificultades en la función o en las estructuras corporales, por ejemplo; parálisis, sordera, ceguera o sordoceguera conllevan a limitaciones en la realización de actividades de la vida diaria y por lo tanto afecta la independencia del individuo (48).

Espasticidad: es un trastorno motor que se caracteriza por una elevación dependiente de la velocidad del tono muscular o de los reflejos de estiramiento tónicos asociados con hipertonía. Esta complicación genera un sinnúmero de interferencias en las actividades de la vida diaria por las diversas limitaciones musculoesqueléticas que produce (49).

Disreflexia autonómica: es un síntoma que aparece posteriormente a una LME a nivel de T6 o por encima. Se caracteriza por un incremento exagerado de la presión arterial en respuesta a un estímulo, de tipo vesical o intestinal, provocado por debajo del NN de la LME. Los signos clínicos incluyen dolor de cabeza intenso, bradicardia, rostro enrojecido, sudoraciones, piel pálida y fría (50).

Úlceras por presión: son lesiones que aparecen en la piel y en los tejidos blandos producto de la presión y el esfuerzo prolongado sobre prominencias óseas. El 70% de estas suelen presentarse en el sacro, la tuberosidad isquiática y el trocánter mayor, pero también pueden aparecer en el occipucio, la escápula, el codo, el talón, el maléolo lateral, el hombro y la oreja (51).

Osificación heterotópica: es una afección muy frecuente que produce formación de hueso lamelar maduro en el tejido blando extraesquelético, donde el hueso es ausente. Los pacientes de alto riesgo para desarrollar una osificación heterotópica

son aquellos con accidentes cerebrovasculares, quemaduras, LME, traumatismos craneoencefálico y reemplazos articulares (52).

Bienestar: tiene una concepción holística, multidimensional e integral representado en un constante bienestar que impacta en la salud de las personas. A demás, está íntimamente relacionado con el estilo de vida y los hábitos saludables (53).

Psicosocial: es una perspectiva encargada de analizar los acontecimientos y problemas sociales y las secuelas a nivel personal y colectivo que repercuten (54).

Capacidad funcional: es la capacidad que tiene una persona de ser y hacer lo que es relevante para ella. Esta comprende; la capacidad de satisfacer las necesidades básicas, tener movilidad y aportar en la sociedad (55).

Actividades de la vida diaria: son las habilidades fundamentales requeridas para tomar cuidado de si mismo de manera independiente, tales como comer, tomar un baño y movilizarse (56).

10. Metodología

10.1. Método de la investigación

El estudio será hipotético deductivo la cual tendrá como finalidad lograr avances en el conocimiento científico a partir de hipótesis iniciales, aplicación de procedimientos evidentes y razonables para finalmente corroborar las hipótesis al contrastarlas con la experiencia (57).

10.2. Enfoque de investigación

La investigación será cuantitativa, porque utilizará la recolección de datos con la finalidad de poner a prueba hipótesis, basadas en el análisis de datos estadísticos y en la medición numérica, que permitirán constituir patrones de comportamiento y demostrar una teoría (58).

10.3. Tipo de estudio

La investigación será de tipo aplicada, porque que estará íntimamente relacionada con la de tipo básica, puesto que dependerá de los descubrimientos y avances de los estudios básicos para mejorar con ellos. Las investigaciones de este tipo buscan adquirir conocimiento para tomar acción, construir y modificar. A demás

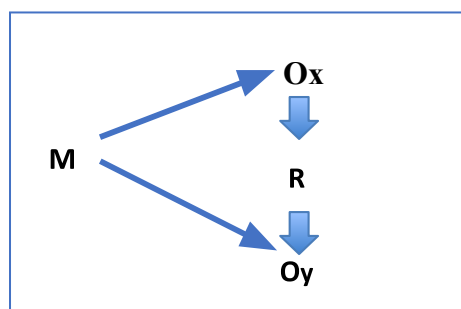
se caracterizará por interesarse en la aplicación, consecuencias y utilidades prácticas de los conocimientos. (59).

10.4. Diseño de investigación

El diseño será no experimental, porque no se manipularán las variables ni tendrá determinación aleatoria o grupos de comparación. El investigador no intervendrá de manera alguna solo observará los hechos que ocurren de manera natural (60).

El subdiseño será de tipo correlacional, observacional con corte transversal ya que los datos serán tomados en un tiempo y lugar determinado. Y finalmente será de nivel descriptivo correlacional, porque permitirá conocer la relación existente entre las variables de la investigación. (61)

Esquema correlacional



Donde:

M: 75 pacientes con LME que participan en el programa de rehabilitación integral de lesiones medulares de un Instituto Nacional.

Ox: Calidad de vida

Oy: Funcionalidad

10.5. Población y criterios de selección

La población es la agrupación de personas que coinciden con ciertas características (62). Según el SIS- DIS INR, al año ingresan 150 pacientes con LME que participan en el Programa de Rehabilitación Integral de Lesiones Medulares de la Institución. Para ello, se utilizarán los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

- En edades de 18- 65 años.
- De ambos sexos
- Que sean pacientes hospitalizados del Programa de Rehabilitación Integral de Lesiones Medulares de la Institución.
- Que tengan como tipo de lesión una paraplejia completa con nivel entre T2 hasta L3.
- Que tengan evaluación psicológica.
- Firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Con problemas de tendinitis del manguito de los rotadores, escoliosis, síndrome del túnel carpiano, úlceras por presión, infecciones del tracto urinario (por uso de vía de administración de medicamento).
- Con problemas cognitivos; ansiedad, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo.

- Pacientes que tengan alta hospitalaria fortuita por eventos adversos.
- Que desisten voluntariamente continuar con el estudio

10.6. Muestra y muestreo

10.6.1. Muestra

La muestra es una parte de la población (63). Esta investigación considerará 75 pacientes atendidos en medio semestre del año.

10.6.2. Muestreo

El muestreo no probabilístico, es aquel donde el investigador selecciona la muestra en relación a su conveniencia permitiendo elegir de manera arbitraria la cantidad de personas para el estudio. Y para ello es necesario seguir los criterios de inclusión y exclusión (64).

Este estudio utilizara el muestreo no probabilístico por conveniencia, aleatorio simple

10.7. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala de valoración	Instrumento
V2: Calidad de vida	Es la apreciación de sí misma, que una persona posee en base a las experiencias subjetivas que giran en torno a su salud en general.	Es el valor atribuido al tiempo de vida, interferida por una discapacidad, alteración funcional y oportunidades sociales.	Físico	Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, estado de transición	Cuantitativo	Mala calidad de vida	SF36 V2
			Mental	Vitalidad, funcionamiento social, rol emocional, salud mental		Buena calidad de vida	

V1: Funcionalidad	Es la capacidad que posee una persona para ejecutar las AVD de manera independiente (45).	Es el puntaje de independencia alcanzado de una persona para la realización de las AVD y de la locomoción.	Cuidado personal	Alimentación, baño, vestido, cuidado y apariencias.	Cuantitativo o ordinal	Dependencia completa o total (0-29) Dependencia modificada (parcial) (30-50) Dependiente (51-82) Independiente (83-100)	SCIM III
			Respiración y manejo de esfínteres	Respiración, manejo de esfínteriano-vejiga, manejo esfínteriano-intestino, WC inodoro			
			Movilidad (dormitorio y baño)	Movilidad en cama y actividades de prevención de escaras, transferencia cama -silla de ruedas, transferencia silla de ruedas – WC –bañera.			
			Movilidad (interiores y exteriores, en cualquier superficie)	Movilidad en interiores, movilidad a distancias moderadas (10 - 100 mts),			

				movilidad en exteriores (mayor de 100 mts), manejo en escaleras, transferencia silla de ruedas – coche, transferencia de suelo a silla de ruedas.			
Variable interviniente 1 Características sociodemográficas	Se refiere al conjunto de características que poseen las personas en relación a la edad, sexo, grado de instrucción y estado civil.	Estos datos son recopilados de la historia clínica del paciente y muestran información imprescindible para el estudio.	Género	características biológicas	nominal	Masculino Femenino	Ficha de recolección de datos
			Edad	Número de años	intervalo	18-30 31-40 41-50 51 a más	
			Estado civil	Situación jurídica de una persona	nominal	Soltero Casado Viudo	

						divorciado	
			Grado de instrucción	Nivel de estudios alcanzados	Ordinal	secundaria completa técnico superior	
Variable interviniente 2 Características clínicas	Son los signos y síntomas evidenciables que sirven para ayudar a diagnosticar condiciones médicas.	Conjunto de signos y síntomas que manifiesta una persona afectada por una enfermedad específica y que son importantes para para el diagnóstico, clasificación y seguimiento.	Etiología	Describe las causas que provocaron la LME	nominal	Proyectil de bala Traumática Infecciosa, Inflamatoria, Congénita Degenerativa Tumoral	Ficha de recolección de datos

			<p>Nivel neurológico de la lesión</p>	<p>Parte más inferior de la médula espinal que se mantiene indemne posteriormente a la lesión.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Dorsal alta (D2- D6)</p> <p>Dorsal baja (D7- D12)</p> <p>Lumbosacra (L1- S5)</p>	
			<p>Clasificación ASIA</p>	<p>Evaluar y clasifica las LME de manera estandarizada.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>E</p>	

			Tiempo de evolución	Periodo de tiempo transcurrido desde el momento de la LME.	Intervalo	0-1 año 2-4 años 5-8 años, 9 a más años	
			Complicaciones	Problemas médicos adicionales a la LME.	Nominal	Disreflexia Ulceras por presión Hipotensión postural Espasticidad Osificación estereotípica	

10.8. Procedimiento y técnicas

10.8.1. Técnica

El estudio utilizará como técnicas la entrevista, la observación, la encuesta y los instrumentos de recopilación de información. Para la calidad de vida se utilizará, como instrumento, el SF36 V.2 y para la funcionalidad será el SCIM III.

Para la recopilar la información se realizará lo siguiente:

- Se solicitará el permiso para utilizar el programa del instrumento, elaborado por la Dra Kopec, el SF36 V.2 SF Survey Prequalification.
- Se realizará la validación de los instrumentos SF36 V.2 y el SCIM III a través de juicio de expertos.
- Se solicitará la autorización de la Dira. General del Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores” Amistad Perú- Japón, con el propósito proceder a recolectar datos.
- Se realizará una prueba piloto para evaluar la confiabilidad de los instrumentos.
- Se aplicarán las técnicas y los instrumentos de recopilación de información a la muestra de estudio.
- Se procesará la información obtenida de los instrumentos, mediante el programa estadístico SPSS V.12 para obtener los resultados del estudio.

10.8.2. Descripción del instrumento

Se elaborará una ficha para la recopilación de datos, que estará compuesta de 4 partes:

I parte: estarán contenida la información sociodemográfica del paciente con LME con relación al género, la edad, grado de instrucción y estado civil.

II parte: estarán contenidas las características clínicas del paciente con LME, respecto a; etiología, NN, clasificación ASIA y tiempo de evolución.

III parte: el SF36 V.2, valora la CV en relación a la salud. Este instrumento compara la carga de las distintas enfermedades, detecta las ventajas en la salud

ocasionadas por una diversidad de abordajes diferentes y evalúa el estado de salud de cada paciente, de manera individual (65).

El instrumento contiene 9 dimensiones; función física, rol físico, dolor corporal, salud general, estado de transición, vitalidad, funcionamiento social, roles emocionales, salud mental. Además, cuenta con 36 ítems y considera un indicador de transición que cuestiona el cambio de salud general relacionada al año anterior (66).

Tabla 1: Ficha Técnica del instrumento SF36 V.2	
Tabla 1: Ficha Técnica del instrumento SF36 V.2	
NOMBRE	36-item Short Form Health Survey (SF-36).
AUTOR	Ware y Sherbourne
VERSION ESPAÑOLA	Alonso (1995)
APLICACIÓN EN PERU	“Nivel de funcionalidad y calidad de vida en pacientes con lesión medular del Hospital Nacional Luis N. Sáenz – P.N.P, periodo febrero- marzo 2021” Autor: Chuquillanqui B, et al.
CONFIABILIDAD	Confiabilidad por Alfa de Cronbach de 0.87
VALIDEZ	Excelente validez por 3 juicios de expertos 0.74
POBLACION	Pacientes con LME
ADMINISTRACION	Autoadministrada
TIEMPO DE APLICACIÓN	15- 20 minutos
GRUPO DE APLICACIÓN	Población con LME mayores de 18 años en adelante.
CALIFICACION	Manual
USO	Identificar la calidad de vida en pacientes con LME
MATERIALES	Físico

IV parte: la Escala SCIM III está constituida de 3 subescalas; autocuidado; la respiración y manejo de esfínteres y la movilidad. A su vez la subescala de movilidad se divide en 2 subconjuntos; habitación y aseo en exteriores e interiores. La puntuación total es de 0- 100, donde 0 significa mayor dependencia (67).

Tabla 1: Ficha Técnica del instrumento SCIM III	
NOMBRE	SCIM III V.3 (SPINAL CORD MEASURE INDEPENDENCE)
AUTOR	Catz Izkovich, Agranov
VERSIÓN ESPAÑOLA	Zarco (2013)
APLICACIÓN EN PERÚ	“Nivel de funcionalidad y calidad de vida en pacientes con lesión medular del Hospital Nacional Luis N. Sáenz – P.N.P, periodo febrero- marzo 2021” Autor: Chuquillanqui B, et al.
CONFIABILIDAD	Confiabilidad por alfa de Cronbach de 0,9.
VALIDEZ	Excelente validez por 3 juicios de expertos 1.0
POBLACIÓN	Pacientes con LME
ADMINISTRACIÓN	Autoadministrada
TIEMPO DE APLICACIÓN	20- 30 minutos
GRUPO DE APLICACIÓN	Población con LME mayores de 18 años en adelante.
CALIFICACIÓN	Manual
USO	Identificar la funcionalidad en pacientes con LME
MATERIALES	Físico

Bluvshtein y cols, diseñaron en el 2010, 8 grupos para clasificar la capacidad funcional de los pacientes con LME con la escala SCIM III. Para ello, los grados de funcionalidad fueron clasificados con letras desde la A hasta la H. Considerándose A dependencia total y H la máxima independencia total.

10.8.3. Validación

La validez es la medición en que un instrumento se hace efectivo para medir la variable que pretende medir. Esta validación se realiza a través de un juicio de expertos, con 3 jueces calificados y expertos que aprueban el contenido del instrumento (68).

Según antecedentes, se obtuvo un valor de 0.74 para el SF36 V.2 (69) y 0.97 para el SCIM III (70), demostrando ambos excelente validez para su aplicación.

Para esta investigación, se validaron los instrumentos a través de juicio de expertos obteniendo el valor de 1.0 de perfecta validez en ambos.

10.8.4. Confiabilidad

La confiabilidad, demuestra la medida de los mismos resultados generados en la misma persona a la que reiteradamente se le aplica el instrumento (57).

Según antecedentes, se midió la confiabilidad mediante Alfa de Cronbach y se obtuvo como valor 0.87 para el SF36 V.2 (67) y 0.9 para el SCIM III (70).

Sin embargo, para obtener resultados más precisos y confiables, se aplicará una prueba piloto con pacientes con LME hospitalizados en el Instituto Nacional de Rehabilitación Dra. Adriana Rebaza Flores Amistad Perú- Japón.

10.9. Plan de análisis

Para procesar la información, se procederá a crear una base de datos en el programa EXCEL 2024, luego esta información será exportada al programa estadístico SPSS versión 20, para el respectivo análisis del estudio. Se empleará estadística descriptiva para distribuir a la población, en la cual se utilizarán una medición de tendencia central y de dispersión para las dos variables. Así mismo, se aplicarán estadísticas inferenciales, como la prueba de normalidad de

Kolmogorov- Smirnov. Y para determinar la correlación se utilizará la prueba de Spearman.

Toda la información obtenida estará representada mediante tablas para posteriormente realizar la interpretación de los resultados.

10.10. Aspectos éticos e integridad científica

Para esta investigación se tendrá en cuenta la Ley General de Salud- MINSA art. 25, los principios del Código de Ética y Normas Estatutarias del Colegio Profesional del Tecnólogo Médico, así mismo el art. 34 de apoyo a la investigación, Ley N° 29973 – Ley General de la Persona con Discapacidad, Código de Ética y Normas Estatutarias del CTMP. Además, considerará los principios bioéticos (71):

- Principio de confidencialidad: los datos recopilados serán manipulados con respeto y confidencialidad.
- Autonomía: sólo se incluirán a las personas que brinden su consentimiento para ser parte de este estudio.
- No maleficencia: no se llevará a cabo ningún proceso que ponga en riesgo a los participantes.

11. Recursos y presupuestos

	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Cifrado estadístico	S/ 1.200	1	S/ 1.200
Consultor (a)	S/ 2.800	1	S/ 2.800
Entrevistados	S/ 6.00	80	S/ 480
Sub total			S/ 4.480
RECURSOS MATERIALES Y EQUIPOS (BIENES)			
Bienes			
Bolígrafos (Faber Castell)	s/ 5.00	4 unidades	S/ 20
Lápices (Stabilo)	s/ 4.00	2 unidades	S/ 8
Corrector (Artesco)	s/4.00	2 unidades	S/ 8
Hojas bond A4 (Millenium)	s/30.00	4 millares	S/ 120
Laptop Hp	S/ 3.500	1 unidad	S/ 3.500
Sub total			S/ 3,656
SERVICIOS			
Telefonía	s/70.00	1 unidad	S/ 70
Agua	s/ 50.00	2 unidades	S/ 100
Fluido eléctrico	s/ 60.00	2 unidades	S/ 120
Medios de Transporte	S/ 600.00	1 persona	S/ 650

Internet	s/ 100	1 unidad	S/ 100
Sub total			s/ 1,040
GASTOS ADMINISTRATIVOS Y/O IMPREVISTOS			
TOTAL			s/ 9.176

12. Cronograma de actividades

Cronograma de labores	2024		2025										
	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov
Realización del proyecto	X	X											
Reconocimiento de la problemática			X										
Formulación de la problemática				X									
Recaudación de la biografía				X									
Antecedentes de la problemática					X								
Elaboración del marco teórico					X	X							
Objetivos y hipótesis						X							

13. Referencias

1. Anjum A, Yazid MD, Fauzi Daud M, Idris J, Ng AMH, Selvi Naicker A, Ismail OHR, Athi Kumar RK, Lokanathan Y. Spinal Cord Injury: Pathophysiology, Multimolecular Interactions, and Underlying Recovery Mechanisms. *Int J Mol Sci.* 2020 Oct 13;21(20):7533. doi: 10.3390/ijms21207533. PMID: 33066029; PMCID: PMC7589539.
2. Pan H, Ding M, Zhu L, Sun X, Liu R, Ai S, Tian L, Wei Q. A national cross-sectional survey on community spinal cord injury individuals profiles, health-related quality of life and support services in China: implications for healthcare and rehabilitation. *BMC Musculoskelet Disord.* 2024 Oct 1;25(1):761. doi: 10.1186/s12891-024-07877-1. PMID: 39354467; PMCID: PMC11445970.
3. OMS. Organización Mundial de la Salud OMS. [Online].; 2024. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
4. OMS. Organización Mundial de la Salud OMS. [Online].; 2024. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/02-12-2013-spinal-cord-injury-as-many-as-500-000-people-suffer-each-year>
5. Majamäki K, Tallqvist S, Vainionpää A, Koskinen E, Kauppila AM, Bergman P, Anttila H, Hämäläinen H, Täckman A, Kallinen M, Arokoski J, Hiekkala S. Functional independence in the Finnish spinal cord injury population. *Spinal Cord.* 2022 Jul;60(7):628-634. doi: 10.1038/s41393-021-00700-x. Epub 2021 Sep 15. PMID: 34526631; PMCID: PMC9287165.
6. Zarco M, Barrera J, Garcia I, Mendez B, Fernandez A, Echevarria C. Calidad de vida en personas con lesión medular de más de 10 años de evolución. La implicación de las complicaciones secundarias. *Rev. Elsevier.* [Internet]. marzo de 2022 [citado el 28 de enero de 2025];56 (1): 28-38. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-calidad-vida-personas-con-lesion-S0048712021000645>
7. Mugisa R, Kironde EL, Mwaka ES. Quality of life of patients with traumatic spinal cord injuries: a cross-sectional study at a tertiary hospital in Uganda. *Afr*

- Health Sci. 2023 Sep;23(3):521-533. doi: 10.4314/ahs.v23i3.60. PMID: 38357147; PMCID: PMC10862569.
8. Zwecker M, Heled E, Bondi M, Zeilig G, Bluvstein V, Catz A, Dudkiewicz I. Determinants of Quality of Life in Individuals With Spinal Cord Injury Using Structural Equation Modeling. *Arch Phys Med Rehabil.* 2022 Dec;103(12):2375-2382. doi: 10.1016/j.apmr.2022.06.009. Epub 2022 Jul 8. PMID: 35810821.
 9. Gong D, Wang Y, Zhong L, Jia M, Liu T, Li K. Excretory dysfunction and quality of life after a spinal cord injury: A cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 2021 May;30(9-10):1394-1402. doi: 10.1111/jocn.15689. Epub 2021 Feb 17. PMID: 33528879.
 10. Chuquillanqui P. et al. Nivel de funcionalidad y Nivel de calidad de vida en pacientes con lesión medular del Hospital Nacional Luis N. Sáenz – P.N.P, periodo febrero- marzo 2021. [Tesis de postgrado]. Universidad Norbert Wiener. Lima, 2021.
 11. Granados J. Efecto de la rehabilitación en la calidad de vida de personas con lesión medular. *Rev. Scielo.* [Internet]. marzo de 2020 [citado el 28 de enero de 2025]; 81(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832020000100006
 12. Gómez J, Curcio C, Gómez D. Evaluación de la salud de los ancianos. Manizales: Universidad de Caldas; 1995, p. 57.
 13. Levy L. Anderson L. La tensión psicosocial, población, ambiente y calidad de vida. México: El Manual Moderno; 1990.
 14. Richard A, Benazet D, Thompson C, Mac J. Determining priorities in functional rehabilitation related to quality of life one-year following a traumatic spinal cord injury. *J Spinal Cord Med.* 2020 Mar;43(2):241-246. doi: 10.1080/10790268.2018.1517138. Epub 2018 Sep 6. PMID: 30188803; PMCID: PMC7054982.
 15. Blasco M. et al. Calidad de vida y autonomía en las actividades de la vida diaria en personas con lesión medular. *Rev. Tog.* [Internet]. Mayo 2021. [citado el 30 de enero de 2025]; 18 (1): 30-38. Disponible en: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/106/86>

16. Abu N, Al-Zyoud N, Alshraifeen A. Quality of Life and Self-Care Ability Among Individuals With Spinal Cord Injury. *Clin Nurs Res*. 2021 Jul;30(6):883-891. doi: 10.1177/1054773820976623. Epub 2020 Nov 26. PMID: 33238717.
17. Rahman E, Bardhan N, Curtin M, Islam MS, Patwary MFK, Kumar Das S. Una evaluación de la discapacidad y la calidad de vida en personas con lesión de la médula espinal al ser dadas de alta de una unidad de rehabilitación de Bangladesh. *Médula espinal*. enero de 2023; 61(1):37-42. DOI: 10.1038/s41393-022-00852-4. Epub 4 de octubre de 2022. PMID: 36195670.
18. Möller F, Rupp R, Weidner N, Gutenbrunner C, Kalke YB, Abel RF. Long term outcome of functional independence and quality of life after traumatic SCI in Germany. *Spinal Cord*. 2021 Aug;59(8):902-909. doi: 10.1038/s41393-021-00659-9. Epub 2021 Jun 25. PMID: 34172929; PMCID: PMC8338549.
19. Montoto A, Ferreiro M, Rodríguez A. Lesión medular. En: Sánchez, I. (coord.). *Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física*. 2006 (pp. 505-519).Madrid: Médica Panamericana.
20. Devivo M, Biering F, Charlifue S, Noonan V, Post M, Stripling T, Wing P. International SpinalCord Injury Data Set. *Spinal Cord* 2006; 44: 535-40.
21. McKinley W, Seel R, Gadi R, Tewksbury M. Nontraumatic vs. traumatic spinal cord injury: a rehabilitation outcome comparison. *Am J Phys Med Rehabil* 2001; 80: 693-99
22. Barnés J, Bender J, Araujo F, Zamora F, Hernández E, Rodríguez M. Lesión medular traumática. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4 (1): 21-5.
23. Bender J, Hernández E, Prida M, Araujo F, Zamora F. Caracterización clínica de pacientes con lesión medular traumática. *Rev Mex Neuroci* 2002; 3 (3):135-42.
24. Rebollo N, Lozano C, Moron B, Costa J, Fernández F, Ballesteros M. Lesiones medulares no traumáticas: lo que el radiólogo general debe conocer. *Seram* [Internet]. 22 de noviembre de 2018 [citado 4 de abril de 2023]; Disponible en: <https://piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/view/1628>.
25. Henao C, Pérez J. Validez de apariencia y concurrente de un instrumento de evaluación de la discapacidad en personas con lesión medular crónica, basado en el Core set abreviado de la CIF. *Rev. Cienc. Salud* [Internet]. diciembre de 2013 [citado el 9 de abril de 2023]; 11(3): 247-262. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169272732013000300002&lng=en.

26. Montoto A. Lesión medular traumática en Galicia (1995-2014): estudio de la evolución epidemiológica y resultados clínico funcionales. [tesis de doctorado]. Universidad de Coruña. España, 2018.
27. Harvey L. Tratamiento de la lesión medular: guía para fisioterapeutas; forward by William H. Donovan. Madrid: Elsevier, 2010. Descripción: XV, 297 p. : il. ; 25 cm.
28. Phillips W, Kiratli B, Sarkarati M et al: Effect of spinal cord injury on the heart and cardiovascular fitness. *Curr Probl Cardiol* 1998; 23:649-716.
29. Ragnarsson KT: The cardiovascular system. In Whiteneck GG, Charlifue SW, Gerhart KA (eds): *Aging With Spinal Cord Injury*. New York, Demos Publications, 1993
30. Priebe M, Goetz L, Wuermsler L: Spasticity following spinal cord injury. In Kirshblum S, Campagnolo DI, DeLisa JA (eds): *Spinal Cord Medicine*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002:221-233.
31. Maynard F, Karunas RS, Waring W: Epidemiology of spasticity following traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1990; 71:566-569.
32. Levi R, Hultling C, Seiger A: The Stockholm Spinal Cord Injury Study: 2. Associations between clinical patient characteristics and post-acute medical problems. *Paraplegia* 1995; 33:585-594.
33. Lazo M, Shirazi P, Sam M et al. Osteoporosis and risk of fracture in men with spinal cord injury. *Spinal Cord* 2001; 39:208-214.
34. Ot S. Osteoporosis in women with spinal cord injuries. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2001; 12:111-131.
35. McCarthy E, Sundaram M: Heterotopic ossification: a review. *Skeletal Radiol* 2005; 34:609-619. Parfid D. Reasons and Persons. In: *Económica FdC*, editor. *La calidad de vida*. Mexico: The United Nations University; 1998. p. 135-82.
36. Parfid D. Reasons and Persons. In: *Económica FdC*, editor. *La calidad de vida*. Mexico: The United Nations University; 1998. p. 135-82.
37. Dijkers M. Quality of life after spinal cord injury: a meta analysis of the effects of disability components. *Spinal Cord*. 1997;35:829-40.

38. O'Connor R. Development of the health effects scales. Working Paper 43, NHMRC National Centre for Health Program Evaluations, Melbourne. 1995:3-17.
39. Blanco A. La calidad ambiental: supuestos psicosociales. En Morales J.F. Psicología social aplicada. Bilbao (España). Desclée de Brouwer, 159-182. 1985.
40. Crewe, N. Quality of life: the ultimate goal in rehabilitation. *Minnesota Medicine*. 1980. 63(8), 586-589.
41. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
42. Ware J, Snow K, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.
43. World Health Organization. World Report on Ageing and Health Ginebra: WHO; 2015.
44. Madero-Cabib I, Villalobos Dintrans P, Browne Salas J. Extending the Analysis of Functional Ability Trajectories to Unexplored National Contexts: The Case of Chile. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021; gbab 116. doi: 10.1093/geronb/gbab16
45. Morales J. Evaluación Geriátrica. En: Rodríguez R, Morales JJ, Encinas JE y col. editores. Geriátrica. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000; pp:59-63.
46. Vilajut M. et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Rev. Scielo*. [Internet]. Abril de 2005 [citado el 12 de febrero de 2025]; 19(2): 135-150. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9111200500020007
47. Witthöft, M. Fisiopatología. En: Gellman, MD, Turner, JR (eds.), *Enciclopedia de Medicina del Comportamiento*. 2013, Springer, Nueva York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_43.
48. Padilla A. Discapacidad: contexto, concepto y modelos, 16 *International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional*. [Internet]. 2010, 381-414. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-81562010000100012

49. Lance JW. What is spasticity? *Lancet*. 1990 Mar 10;335(8689):606. doi: 10.1016/0140-6736(90)90389-m. PMID: 1968597.
50. Rempel L, Sachdeva R, Krassioukov A. Making the Invisible Visible: Understanding Autonomic Dysfunctions Following Spinal Cord Injury. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2025 Feb;36(1):17-32. doi: 10.1016/j.pmr.2024.07.002. Epub 2024 Oct 21. PMID: 39567034.
51. Chou R, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Starmer A, Reitel K, Buckley D. Pressure ulcer risk assessment and prevention: a systematic comparative effectiveness review. *Ann Intern Med*. 2013 Jul 2;159(1):28-38. doi: 10.7326/0003-4819-159-1-201307020-00006. PMID: 23817702.
52. Shehab D, Elgazzar AH, Collier BD. Heterotopic ossification. *J Nucl Med*. 2002 Mar;43(3):346-53. PMID: 11884494.
53. Eriksson M, Arvidsson S, Jormfeldt H, Thorstensson S, Åström U, Lundgren I, Roxberg Å. Meaning of wellness in caring science based on Rodgers's evolutionary concept analysis. *Scand J Caring Sci*. 2024 Mar;38(1):185-199. doi: 10.1111/scs.13196. Epub 2023 Jul 28. PMID: 37507842.
54. Blanco, A. (2023). Uso y abuso del término “psicosocial” en el campo de la intervención social. España. *Papeles del Psicólogo*. 2023, 44(2), 55-63. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2023/06/USO-Y-ABUSO-TERMINO-PSICOSOCIAL.pdf>.
55. OMS. Organización Mundial de la Salud OMS. [Online]. 2019. Available from: chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0
56. Edemekong P, Bomgaars D, Sukumaran S, et al. Actividades de la vida diaria. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls: 2023 ene [citado 20/09/2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>
57. Hernández R. Metodología de la investigación. Sexta ed. Mexico: McGRAWHILL; 2014.
58. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la investigación. McGraw-Hill Editorial; 1977.

59. Grajales, T. Tipos de investigación. [Online]; (27/03/2.000). Revisado el, 14, 112116. Disponible en: https://www.academia.edu/9373954/TIPOS_DE_INVESTIGACION_Por_Tevni_Grajales_G
60. Sousa V, Driessnack M, Mendes I. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2007Jun;15(3):502–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
61. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Bioethical Ethics*. Oxford University Press, New York. 1979-1994, 2° edition, pp 148-149.
62. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de Investigación*. Sexta edición. México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores.
63. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Bioethical Ethics*. Oxford University Press, New York. 1979-1994, 2° edition, pp 148-149.
64. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación (6ª Edición)*. México D.F: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A.
65. Palella S, Martins F. *Metodología de la Investigación Cuantitativa (2ª Edición)*. Caracas: FEDUPEL, 2008.
66. Hernández O. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2021 Sep [citado 2023 Jul 21]; 37(3): e1442. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es. Epub 01-Sep-2021
67. Catz A, Itzkovich M., Steinberg F., Tamir A., Ronen H. The Catz-Itzkovich “SCIM: a re-revised version of the Spinal Cord Independence Measure”. *Disability and Rehabilitation*. 2001; Vol. 23, No. 6, 263-268.
68. Ware J. SF-36 health survey update. *Spine*. 2000;25: 3130-9 43.
69. Hays R. et al. The RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Health economics*, 2(3), 217–227. <https://doi.org/10.1002/hec.4730020305>.
70. Hernández R. *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* Mexico: Mc Graw Hill educación; 2018.

71. Hays R, Sherbourne C. The RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Health economics*, 1993, 2(3), 217–227. <https://doi.org/10.1002/hec.4730020305>.

14. Anexos

ANEXO N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

Matriz de consistencia

“Calidad de vida y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	INSTRUMENTO
<p>¿Cuál es la relación entre calidad de vida y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima-Chorrillos, 2025?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características 	<p>Determinar la relación entre calidad de vida y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima-Chorrillos, 2025.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características 	<p>Hi: Existe relación entre calidad de vida y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima-Chorrillos, 2025.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hi1: Existe relación entre calidad de vida según la dimensión 	<p>V1:</p> <p>Calidad de vida</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Físico • Mental <p>V2:</p> <p>Funcionalidad</p> <p>Dimensiones</p>	<p>MÉTODO:</p> <p>Hipotético deductivo</p> <p>ENFOQUE:</p> <p>cuantitativo</p> <p>TIPO:</p> <p>Aplicado-básico</p> <p>DISEÑO:</p> <p>No experimental</p> <p>SUB DISEÑO:</p> <p>Correlacional</p>	<p>V1: SF36 v2</p> <p>Técnica: Encuesta</p>

<p>sociodemográficas en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima-Chorrillos, 2025?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características clínicas en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima-Chorrillos, 2025? • ¿Cuál es la calidad de vida en la dimensión física en pacientes con lesión medular de 	<p>sociodemográficas en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima-Chorrillos, 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características clínicas en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima-Chorrillos, 2025. • Identificar la calidad de vida en la dimensión física en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima-Chorrillos, 2025. 	<p>física y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima-Chorrillos, 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación entre calidad de vida según la dimensión mental y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima-Chorrillos, 2025. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado personal • Respiración y manejo esfinteriano • Movilidad (dormitorio y baño) • Movilidad (interiores y exteriores en cualquier superficie) 	<p>CORTE: Transversal</p> <p>POBLACIÓN: 150 pacientes con LME</p> <p>MUESTRA: 75 pacientes con LME</p> <p>MUESTREO: No probabilístico por conveniencia, aleatorio simple.</p>	<p>V2: SCIM III</p> <p>Técnica: Encuesta</p>
--	---	---	---	---	--

<p>un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la calidad de vida en la dimensión mental en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025? • ¿Cuál es la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025? 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la calidad de vida en la dimensión mental en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025. • Identificar la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025. • Identificar la relación entre calidad de vida según la dimensión física y funcionalidad 				
---	--	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre calidad de vida según la dimensión física y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025? • ¿Cuál es la relación entre calidad de vida según la dimensión mental y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, 	<p>en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la relación entre calidad de vida según la dimensión mental y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025. 				
--	--	--	--	--	--

Lima- 2025?	Chorrillos,					
----------------	-------------	--	--	--	--	--

ANEXO N°2: Instrumentos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“Calidad de vida y funcionalidad en los pacientes con lesión medular paraplejia completa de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos 2025”

Instrucciones: estimado Sr (a) el presente estudio tiene como objetivo “Determinar la calidad de vida y funcionalidad en los pacientes con lesión medular paraplejia completa de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos 2025”.

Los datos recopilados en esta ficha, se manipularan de manera confidencial, por lo que usted tiene la libertad de brindar informacion veraz.

Nombre del participante.....

Parte I: Datos Sociodemográficos	Parte II: Datos Clínicos																										
<p>Género:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">F</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">M</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> <p>Edad:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">18 a 30</td> <td style="width: 25%;">31-40</td> <td style="width: 25%;">41-50</td> <td style="width: 25%;">51 a mas</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>Estado Civil:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Solter o</td> <td style="width: 25%;">Casad o</td> <td style="width: 25%;">viudo</td> <td style="width: 25%;">divor ciado</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>Grado de instrucción</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Secundaria completa</td> <td style="width: 33%;">Técnico</td> <td style="width: 33%;">Superior</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	F		M		18 a 30	31-40	41-50	51 a mas					Solter o	Casad o	viudo	divor ciado					Secundaria completa	Técnico	Superior				<p>Etiología:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proyectil de bala () - Traumática () - Infecciosa () - Inflamatoria () - Congénita () - Degenerativa () - Tumoral () <p>Nivel neurológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorsal alta D2- D6 () - Dorsal baja D7- D12 () - Lumbosacra L1- S5 () <p>Clasificación ASIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A () - B () - C () - D () - E () <p>Tiempo de evolución:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-1 año () - 2-4 años () - 5-8 años () - 8 años a mas () <p>Complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disreflexia () - Úlceras por presión () - Hipotensión postural () - Espasticidad () - Osificación estereotipada ()
F		M																									
18 a 30	31-40	41-50	51 a mas																								
Solter o	Casad o	viudo	divor ciado																								
Secundaria completa	Técnico	Superior																									

SF36- INSTRUMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA

INSTRUCCIONES: En el siguiente instrumento proceda a marcar sus datos correspondientes en los siguientes rangos y proceda a resolver las siguientes preguntas en la cual refiere a como usted piensa acerca sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se le indica. Sino está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor contéstelo que parezca más cierto. Donde calificaremos como (1) Excelente, (2) Muy buena, (3) Buena, (4) Regular, (5) Mala en la mayoría de las opciones.

Nombre del examinador:

Fecha de evaluación:

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1. Mucho mejor ahora que hace un año
2. Algo mejor ahora que hace un año
3. Más o menos igual que hace un año
4. Algo peor ahora que hace un año
5. Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1. Sí, me limita mucho

2.Sí, me limita un poco

3.No, no me limita nada

5.Su salud actual, ¿Le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1. Sí, me limita mucho

2.Sí, me limita un poco

3.No, no me limita nada

6.Su salud actual, ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?

1. Sí, me limita mucho

2.Sí, me limita un poco

3.No, no me limita nada

7.Su salud actual, ¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?

1. Sí, me limita mucho

2.Sí, me limita un poco

3.No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿Le limita para agacharse o arrodillarse?

1. Sí, me limita mucho

2.Sí, me limita un poco

3.No, no me limita nada

9.Su salud actual, ¿Le limita para caminar un kilómetro o más?

1.Sí, me limita mucho

2.Sí, me limita un poco

3.No, no me limita nada

10.Su salud actual, ¿Le limita para para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)

1.Sí, me limita mucho

2.Sí, me limita un poco

3.No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿Le limita para para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1.Sí, me limita mucho

2.Sí, me limita un poco

3.No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿Le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1.Sí, me limita mucho

2.Sí, me limita un poco

3.No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SU VIDAS COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1.SÍ

2.NO

14. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1.SÍ

2.NO

15. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1.SÍ

2.NO

16. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1.SÍ

2.NO

17. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿Cómo estar triste, deprimido o nervioso?)

1.SÍ

2.NO

18. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (¿Cómo estar triste, deprimido o nervioso?)

1.SÍ

2.NO

19. Durante las 4 últimas semanas ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (¿Cómo estar triste, deprimido o nervioso?)

1.SÍ

2.NO

20. Durante las 4 últimas semanas ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, vecinos u otras personas?

1.Nada

2.Un poco

3.Regular

4.Bastante

5.Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1.No, ninguno

2.Sí, muy poco

3.Sí, un poco

4.Sí. moderado

5.Sí, mucho

6. Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual, (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1.Nada

2.Un poco

3.Regular

4.Bastante

5.Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE LE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1. Siempre

2.Casi siempre

3.Muchas veces

4.Algunas veces

5.Sólo alguna vez

6.Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuanto tiempo estuvo muy nervioso?

1. Siempre

2.Casi siempre

3.Muchas veces

4.Algunas veces

5.Sólo alguna vez

6.Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1. Siempre

2.Casi siempre

3.Muchas veces

4.Algunas veces

5.Sólo alguna vez

6.Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre

2.Casi siempre

3.Muchas veces

4.Algunas veces

5.Sólo alguna vez

6.Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre

2.Casi siempre

3.Muchas veces

4.Algunas veces

5.Sólo alguna vez

6.Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre

- 2.Casi siempre
- 3.Muchas veces
- 4.Algunas veces
- 5.Sólo alguna vez
- 6.Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre
- 2.Casi siempre
- 3.Muchas veces
- 4.Algunas veces
- 5.Sólo alguna vez
- 6.Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre
- 2.Casi siempre
- 3.Muchas veces
- 4.Algunas veces
- 5.Sólo alguna vez
- 6.Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre
- 2.Casi siempre
- 3.Muchas veces
- 4.Algunas veces
- 5.Sólo alguna vez
- 6.Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia la salud física y los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre
- 2.Casi siempre
- 3.Muchas veces

4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca.

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA, CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

Respuestas globales: Se va a establecer una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 (peor estado de salud para esa dimensión a 100 el mejor estado de salud) en la cual proporciona un perfil mediante las puntuaciones en las 8 dimensiones evaluadas, no todas las respuestas tienen el mismo valor, sino que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.

PUNTAJE	NIVEL
0-50	Mal o bajo estado de salud
50-100	Buen o mejor estado de salud

SCIM III- INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDAD

En el siguiente instrumento proceda a marcar sus datos correspondientes en los siguientes rangos y proceda a colocar el puntaje para cada función, en el cuadrante adyacente, debajo de la fecha. El formulario puede usarse para hasta 6 exámenes.

Edad:	Género:	Grado de parentesco:
<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Titular
<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Cónyuge
<input type="checkbox"/> 41-50		<input type="checkbox"/> Hijo
<input type="checkbox"/> 51-60		<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> 61 a más		

CUIDADO PERSONAL

1. ALIMENTACIÓN (cortar, abrir envases, servirse, llevarse la comida a la boca, sostener una taza con líquido)

- 0. Requiere nutrición parenteral, gastrostomía o asistencia total para la alimentación oral.
- 1. Requiere ayuda parcial para comer y/o beber, o para utilizar ayudas técnicas.
- 2. Come independientemente; necesita ayudas técnicas o asistencia sólo para cortar los alimentos y/o servir y/o abrir recipientes.
- 3. Come y bebe independientemente, no requiere asistencia o ayudas técnicas.

2. BAÑO (Enjabonarse, lavarse, secarse el cuerpo y cabeza, manejar el grifo)

A. Parte Superior del Cuerpo

- 0. Requiere asistencia total.
- 1. Requiere asistencia parcial.

2. Se lava de forma independiente, con ayudas técnicas o accesorios específicos (por ej. Sillas, barras,)

3. Se lava de forma independiente, no requiere ayudas técnicas o accesorios específicos (no habituales para personas sanas)

B. Parte Inferior del Cuerpo

0. Requiere asistencia total

1. Requiere asistencia parcial

2. Se lava de forma independiente con ayudas técnicas o accesorios específicos

3. Se lava de forma independiente, no requiere ayudas técnicas o accesorios específicos.

3. VESTIDO (Ropa, zapatos, ortesis permanentes: ponérselos, llevárselos puestos y quitárselos)

A. Parte Superior del Cuerpo

0. Requiere asistencia total

1. Requiere asistencia parcial con prendas de ropa sin botones, cremallera o cordones. 2. Independiente con prendas de ropa sin botones, cremalleras o cordones; requiere ayudas técnicas y/o accesorios específicos.

3. Independiente con prendas de ropa sin botones, cremalleras o botones; no requiere ayudas técnicas, ni accesorios específicos, requiere asistencia o ayudas técnicas o accesorios específicos sólo para botones; cremalleras o cordones.

4. Se pone (cualquier prenda) independientemente, no requiere ayudas técnicas o accesorios específicos.

B. Parte Inferior del Cuerpo

0. Requiere asistencia total.

1. Requiere asistencia parcial con prendas de ropa sin botones, cremalleras o cordones. 2. Independiente con prendas de ropa sin botones, cremalleras o cordones, requiere ayudas técnicas y/o accesorios específicos.

3. Independiente con prendas de ropa sin botones, cremallera o cordones sin ayudas técnicas ni accesorios específicos; requiere asistencia o ayudas técnicas o accesorios específico sólo para botones, cremalleras o cordones.

4. Se pone (cualquier prenda) independientemente; no requiere ayudas técnicas o accesorios específicos.

4. CUIDADOS Y APARIENCIA (Lavarse las manos y cara, cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse, maquillarse)

0. Requiere asistencia total.

1. Requiere asistencia parcial.

2. Se arregla independientemente con ayudas técnicas.

3. Se arregla independientemente sin ayudas técnicas.

SUBTOTAL (0-20)

RESPIRACIÓN Y MANEJO ESFINTERIANO

5. RESPIRACIÓN

0. Requiere cánula de traqueostomía y ventilación asistida permanente o intermitente.

2. Respiración espontánea con cánula de traqueostomía; requiere oxígeno, gran asistencia para toser o para el manejo de la cánula de traqueostomía.

4. Respiración espontánea con cánula de traqueostomía; requiere pequeña asistencia para toser o para el manejo de la cánula de traqueostomía.

6. Respiración espontánea sin cánula de traqueostomía; requiere oxígeno, gran asistencia para toser, mascarilla (p.e. máscara de presión positiva espiratoria (PPE) o ventilación asistida intermitente (BiPAP).

8. Respiración espontánea sin cánula de traqueostomía; requiere pequeña asistencia o estimulación para toser. 10. Respiración espontánea sin asistencia ni dispositivos.

6. MANEJO ESFINTERIANO – VEJIGA

0. Sonda permanente.

3. Volumen de orina residual 4100 cc; no cateterismo regular o cateterismo intermitente asistido.

6. Volumen de orina residual 5100 cc o auto cateterismos intermitentes; necesita asistencia para utilizar los instrumentos de drenaje.

9. Auto cateterismos intermitentes; usa instrumentos de drenaje externo; no necesita asistencia para colocárselos.

11. Auto cateterismos intermitentes; continente entre sondajes; no utiliza instrumentos de drenaje externos.

13. Volumen de orina residual 5100 cc; necesita únicamente instrumento de drenaje externo de orina; no requiere asistencia para el drenaje.

15. Volumen urinario residual 5100 cc; continente; no utiliza instrumento de drenaje externo.

7. MANEJO ESFINTERIANO - INTESTINO

0. Cadencia irregular o frecuencia muy baja (menos de una vez cada 3 días) de deposiciones. 5. Cadencia regular, pero requiere asistencia (por ej. para aplicarse un supositorio); accidentes esporádicos (menos de dos al mes).

8. Evacuación regular, sin asistencia; accidentes esporádicos (menos de dos al mes).

10. Evacuación regular, sin asistencia; no accidentes.

8. WC – INODORO (Higiene perineal, ajuste de prendas antes/después, uso de compresas o pañales)

0. Requiere asistencia total.
1. Requiere asistencia parcial: no se limpia solo.
2. Requiere asistencia parcial: se limpia independientemente.
4. Usa el WC de forma independiente en todas las tareas, pero necesita ayudas técnicas o accesorios específicos (por ej. barras).
5. Usa el WC de forma independiente; no requiere ayudas técnicas o accesorios específicos.

SUBTOTAL (0–40)

MOVILIDAD (DORMITORIO Y BAÑO)

9. MOVILIDAD EN CAMA Y ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

0. Necesita asistencia en todas las actividades: voltear la parte superior del cuerpo en la cama, voltear la parte inferior del cuerpo en la cama, sentarse en la cama, pulsarse de la silla de ruedas, con o sin ayudas técnicas, pero no con adaptaciones eléctricas.
2. Realiza una de las actividades sin asistencia.
4. Realiza dos o tres de las actividades sin asistencia
6. Realiza todas las movilizaciones en la cama y las actividades de liberación de presión de forma independiente.

10. TRANSFERENCIAS CAMA - SILLA DE RUEDAS (Frenar silla de ruedas, subir reposapiés, retirar y ajustar reposabrazos, transferirse, subir los pies)

0. Requiere asistencia total.
1. Necesita asistencia parcial y/o supervisión, y/o ayudas técnicas (por ej. tabla de transferencias).
2. Independiente (o no requiere silla de ruedas).

11. TRANSFERENCIAS SILLA DE RUEDAS - WC – BAÑERA (Si utiliza silla con inodoro: realizar transferencias a y desde ella; si usa silla de ruedas convencional: frenar la silla de ruedas, subir reposapiés, retirar y ajustar reposabrazos, transferirse, subir los pies) 0. Requiere asistencia total.

1. Necesita asistencia parcial y/o supervisión, y/o ayudas técnicas (por ej. barras de baño).
2. Independiente (o no requiere silla de ruedas)

MOVILIDAD (INTERIORES Y EXTERIORES, EN CUALQUIER SUPERFICIE)

12. MOVILIDAD EN INTERIORES

0. Requiere asistencia total.
1. Necesita silla de ruedas eléctrica o asistencia parcial para utilizar silla de ruedas manual.
2. Se desplaza de forma independiente con silla de ruedas manual.
3. Requiere supervisión mientras camina (con o sin ayudas).
4. Deambula con andador o muletas (marcha pendular).
5. Deambula con muletas o dos bastones (marcha recíproca).
6. Deambula con un bastón.
7. Necesita solamente ortesis de miembro inferior.
8. Deambula sin ayudas para la marcha.

13. MOVILIDAD EN DISTANCIAS MODERADAS (10–100 METROS)

0. Requiere asistencia total.
1. Necesita silla de ruedas eléctrica o asistencia parcial para utilizar silla de ruedas manual.
2. Se desplaza de forma independiente con silla de ruedas manual.
3. Requiere supervisión mientras deambula (con o sin ayudas).
4. Deambula con andador o muletas (marcha pendular).
5. Deambula con muletas o dos bastones (marcha recíproca).
6. Deambula con un bastón.
7. Necesita solamente ortesis de miembro inferior.
8. Deambula sin ayudas para la marcha.

14. MOVILIDAD EN EXTERIORES (MÁS DE 100 METROS)

0. Requiere asistencia total.
1. Necesita silla de ruedas eléctrica o asistencia parcial para utilizar silla de ruedas manual.
2. Se desplaza de forma independiente con silla de ruedas manual.
3. Requiere supervisión mientras deambula (con o sin ayudas).
4. Deambula con andador o muletas (marcha pendular).
5. Deambula con muletas o dos bastones (marcha recíproca).

6. Deambula con un bastón.
7. Necesita solamente ortesis de miembro inferior.
8. Deambula sin ayudas para la marcha.

15. MANEJO EN ESCALERAS

0. Incapacidad para subir o bajar escaleras.
 1. Sube y baja al menos 3 escalones con soporte o supervisión de otra persona.
 2. Sube y baja al menos 3 escalones con soporte de barandilla y/o muleta o bastón.
 3. Sube y baja al menos 3 escalones sin ningún soporte ni supervisión.

16. TRANSFERENCIAS SILLA DE RUEDAS - COCHE (Acercarse al coche, frenar la silla de ruedas, retirar reposabrazos y reposapiés, realizar transferencias a y desde el coche, introducir la silla de ruedas dentro y fuera del coche)

0. Requiere asistencia total.
 1. Necesita asistencia parcial y/o supervisión y/o ayudas técnicas.
 2. Se transfiere de forma independiente; no requiere ayudas técnicas (o no requiere silla de ruedas).

17. TRANSFERENCIAS SUELO - SILLA DE RUEDAS

0. Requiere asistencia total.
 1. Se transfiere de forma independiente con o sin ayudas técnicas (o no requiere silla de ruedas).

SUBTOTAL (0-40)

TOTAL, PUNTUACIÓN SCIM (0-100)

Resultados globales: Este cuestionario consta de 3 subescalas que cubren subconjuntos relacionados, pero distintos del cuidado personal (6 ítems, rango de puntuación 0-20), la respiración y manejo de esfínteres (4 ítems, rango de puntuación 0-40) y la movilidad (9 ítems, rango de puntuación 0-40), el subconjunto movilidad se divide en 2 subescalas habitación y aseo, tanto en interiores como exteriores. La puntuación varía de 0-100, donde 0 puntos corresponde al mayor grado de dependencia. Cada ítem se puntúa desde 0 (requiere asistencia total), hasta 3 (independiente con alguna adaptación) o 4 (independiente). Según Bluvsthein, categoriza en 8 grupos la funcionalidad del paciente

con lesión medular junto con la escala SCIM III, en la cual lo interpreta en letras desde la A hasta la H

ESTRATIFICACION POR BLUVSTHEIN	Caracterización de la funcionalidad alcanzada (SCIM III)
A	(0-10)
B	(11-29)
C	(30-34)
D	(35-50)
E	(51-64)
F	(65-82)
G	(83-99)
H	100

En la cual los valores interpretados, se clasificará en grados de dependencia

ESCALA DE VALORES	VALOR	VALOR SEGÚN BLUVSTHEIN	NIVELES
DEPENDENCIA COMPLETA O TOTAL	1	A-B	BAJO: (0-29)
DEPENDENCIA MODIFICADA(PARCIAL)	2	C-D	MEDIO: (30-82)
DEPENDENCIA	3	E-F	ALTO: (83-100)

INDEPENDIENTE	4	G-H	
---------------	---	-----	--

ANEXO 3º: validez de instrumento

Juez experto N° 1

1 pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 relevancias: 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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Los instrumentos precisan medir lo que se pretende medir.

Aplicación solo para este estudio

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del validador:

Dr. Jorge Eloy Puma Chombo

DNI: 42717285

Especialidad del validador: Mg. En gestión en servicios de la Salud

Especialista en Neurorehabilitación

Doctor en Educación

Fecha: 14 de octubre del 2025



Firma del Experto Informante

Juez experto N° 2

1 pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 relevancias: 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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Los instrumentos precisan medir lo que se pretende medir.

Aplicación solo para este estudio

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del validador:

Dr. Melgarejo Valverde José Antonio

DNI: 06230600

Especialidad del validador: Mg. En Docencia Universitaria y Gestión Educativa
Especialista en Neurorrehabilitación
Doctor en Educación

Fecha: 14 de octubre del 2025



Firma del Experto Informante

Juez experto N° 3

1 pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 relevancias: 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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Los instrumentos precisan medir lo que se pretende medir.

Aplicación solo para este estudio

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del validador:

Mg. Andy Freud Arrieta Córdova

DNI: 10697600

Especialidad del validador: Mg. En gestión en servicios de la Salud

Fecha: 14 de octubre del 2025



Firma del Experto Informante

ANEXO 4°: Consentimiento Informado

Título de proyecto de investigación : “Calidad de vida y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima- Chorrillos, 2025”

Investigadora : Raymundo Arevalo Maria Lisbeth

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

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado “Calidad de vida y funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Instituto Nacional, Lima-Chorrillos, 2025” de fecha __ / __ / __ versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la relación entre la calidad de vida y funcionalidad en pacientes con lesión medular. Su ejecución permitirá conocer cómo está la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes con lesión medular para poder tener un abordaje especializado que mejore su calidad de vida y funcionalidad a través de programas específicos, talleres, charlas que aseguren una rehabilitación integral con menos complicaciones tanto físicas como mentales.

Duración del estudio (meses): 6 meses

Nº esperado de participantes: 75 pacientes con lesión medular

Criterios de Inclusión y exclusión:

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

Criterios de Inclusión:

- En edades de 18- 65 años.
- De ambos sexos
- Que sean pacientes hospitalizados del Programa de Rehabilitación Integral de Lesiones Medulares de la Institución.
- Que tengan como tipo de lesión una paraplejia completa con nivel entre T2 hasta L3
- Que tengan evaluación psicológica.
- Que accedan a firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Con problemas de tendinitis del manguito de los rotadores, escoliosis, síndrome del túnel carpiano, úlceras por presión, infecciones del tracto urinario (por uso de vía de administración de medicamento).
- Con problemas cognitivos; ansiedad, esquizofrenia, trastorno obsesivo- compulsivo.
- Pacientes que tengan alta hospitalaria fortuita por eventos adversos.
- Que desisten voluntariamente continuar con el estudio

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

- Aplicación de una ficha de recolección de datos sociodemográficos y de características clínicas.
- Aplicación de los instrumentos SF 36 y el SCIM III.

La entrevista/encuesta puede demorar unos 25 minutos. Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Su participación en el estudio no presenta ningún peligro en su integridad física, emocional y moral. A demás, usted se beneficiará de la presente investigación ya que permitirá conocer cómo está su calidad de vida y funcionalidad para poder tener un abordaje especializado a través de programas específicos, talleres, charlas que aseguren una rehabilitación integral con menos complicaciones tanto físicas como mentales.

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

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

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

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal (Raymundo Arévalo María Lisbeth, a2024804255@uwiener.edu.pe).

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio,

Contacto del Comité de Ética: la Dra. Angélica Minaya Galarreta, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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

_____ (Firma)

_____ (Firma)

Nombre participante:

Nombre investigador:

DNI:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Fecha: (dd/mm/aaaa)

_____ (Firma) _____

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

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




9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 7%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 6%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 7% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 6% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
2	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-10-14	<1%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-05-14	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2018-05-24	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-06-05	<1%
6	Internet	repositorio.unemi.edu.ec	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-05-30	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Catolica de Avila on 2026-02-18	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-05-18	<1%
10	Internet	repositorio.uap.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-04-10	<1%